

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA

ERNESTO PEREIRA BALESTRO

**CRENÇAS, TRADIÇÕES E DISPUTAS:
A EPIDEMIA DO CÓLERA DE 1855**

Porto Alegre
2017

ERNESTO PEREIRA BALESTRO

**CRENÇAS, TRADIÇÕES E DISPUTAS:
A EPIDEMIA DO CÓLERA DE 1855**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado em História.

Orientadora: Professora Doutora Regina Célia Lima Xavier

Porto Alegre
2017

CIP - Catalogação na Publicação

Balestro, Ernesto Pereira

Crenças, tradições e disputas: a epidemia do Cólera de 1855 / Ernesto Pereira Balestro. -- 2017.

81 f.

Orientadora: Regina Célia Lima Xavier.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas, Bacharelado em História,
Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Cólera. 2. Saúde. 3. Medo. 4. Cura. 5. História.
I. Xavier, Regina Célia Lima, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

ERNESTO PEREIRA BALESTRO

**CRENÇAS, TRADIÇÕES E DISPUTAS:
A EPIDEMIA DO CÓLERA DE 1855**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado em História.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Regina Célia Lima Xavier – Orientadora

Prof^a. Dra. Cláudia Mauch

Prof^a. Dra. Leonor Carolina Baptista Schwartzmann

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não poderia ser feito sem agradecer a inúmeras pessoas que puderam tornar este trabalho possível.

O meu primeiro agradecimento vai a Rejane Penna, historiadora do Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul e minha supervisora quando estagiei no local. Graças a ela, que pude ter contato com os documentos da Santa Casa dentro do fundo Assuntos Religiosos. Foram estes documentos que despertaram meu interesse por este tema, que resultou neste Trabalho de Conclusão, junto com a troca de impressões que tivemos nesse período. Meu muito obrigado por ter convivido com esta excelente pessoa e profissional.

Meu segundo agradecimento vai a Leonor Carolina Baptista Schwartzmann, historiadora e médica. Graças as nossas trocas de impressões e livros emprestados por ela, que pude reforçar a minha base bibliográfica, o que foi muito importante para o andamento do trabalho. Foi basicamente a minha segunda orientadora.

Tenho meus agradecimentos também a Cláudia Mauch e Cezar Guazzelli, que ministraram respectivamente as disciplinas de Seminário de Bacharelado e Técnicas da Pesquisa Histórica, onde pude desenvolver “prévias” deste trabalho nas avaliações finais das respectivas cadeiras.

Agradeço também a meu primo Fábio Balestro Floriano pela tradução do resumo e a meu irmão William Pereira Rosa, pela realização da formatação do texto seguindo as normas ABNT.

Não posso também deixar de agradecer a todas as pessoas que trabalham ou estagiam nos arquivos onde fiz as minhas pesquisas: Gabriela Portela do arquivo do Centro Histórico Cultural da Santa Casa, Carlos Roberto Saraiva da Costa Leite do Museu Hipólito José da Costa e as todas as outras pessoas do Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul, Arquivo da Cúria Metropolitana, Centro Histórico Cultural da Santa Casa, Museu Hipólito José da Costa e Arquivo Municipal Moysés Velhinho, dos quais infelizmente não me recordo o nome.

Por fim, meu agradecimento vai a Regina Xavier, minha orientadora, pela sua fundamental ajuda na estrutura do meu trabalho e pelas suas orientações que foram importantes para sua teoria.

RESUMO

A epidemia de cólera de Porto Alegre entre o final de 1855 e o início de 1856 foi uma das maiores tragédias na saúde da cidade. Segundo estimativas, cerca de 10% da população, ou 1.700 pessoas, faleceram em dois meses vítimas da doença. Este trabalho tem o objetivo de mostrar um panorama da sociedade portoalegrense durante a epidemia e nos doze anos seguintes, até a segunda epidemia do cólera em Porto Alegre, em 1867. Neste panorama, pretendo enxergar como os médicos e as vítimas viam a doença e suas formas de cura, além do medo que era sentido por ela. Também irei relatar a epidemia em outras cidades brasileiras, para comparar as semelhanças e diferenças com Porto Alegre, dentro da visão de uma história sociocultural da doença.

Palavras-chaves: História da Medicina. História Sociocultural. Cólera. Porto Alegre. Século XIX. Medo. Formas de Cura.

ABSTRACT

The cholera epidemic that plagued Porto Alegre between the end of 1855 and the beginning of 1856 was one of the city's greatest healthcare tragedies. Around 1700 people – roughly 10% of the city's population – are estimated to have died of the disease in a two-month period. This research aims at displaying a general overview of Porto Alegre's society during the epidemic and in the following twelve months, until the second cholera epidemic in the city, in 1867. In this overview, I intend to find out how the doctors and the victims perceived the disease and their ways of healing it, the fear they felt of it and a panorama of the epidemic in other Brazilian cities, to compare the similarities and differences inside a sociocultural historic view of the disease.

Keywords: Medicine History. Sociocultural History. Cholera. Porto Alegre. 19th Century. Fear. Forms of Healing.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 – Número de mortos pela epidemia do cólera na Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, segundo estimativa de abril de 1856	58
Quadro 2 – Número de mortos pela epidemia do cólera em Porto Alegre por sexo e liberdade, segundo estimativa de dezembro de 1856	59
Quadro 3 – Número de mortos pela epidemia do cólera em Porto Alegre por sexo e liberdade, segundo pesquisa feita nos livros de óbitos do Cemitério da Santa Casa	60
Figura 1 – Imagem do vibrião colérico, causador do Cólera.....	16
Figura 2 – Mapa de Porto Alegre em 1840	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEDOP/SCMPA : Centro de Documentação e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

AHRS: Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 SURGIMENTO DO CÓLERA E SUA DISSEMINAÇÃO PELO MUNDO.....	15
2.1 Origem do cólera e chegada a Europa.....	16
2.2 O cólera em Portugal.....	19
2.3 Saída do cólera de Portugal e sua chegada ao Brasil	20
3 ENTRE MANUAIS, TEORIAS E INTERESSES: AS TESES MÉDICAS SOBRE O CÓLERA PRESENTES NO BRASIL NOS ANOS 1850	23
3.1 Doutor Chernoviz – o elo entre os médicos acadêmicos e a população leiga	26
3.2 As teorias “escondidas” de transmissão e agente: John Snow e Felippo Baccini	30
4 A EPIDEMIA ATACA O BRASIL.....	31
4.1 A epidemia em Belém: o início	33
4.2 A epidemia em Salvador	37
4.3 A epidemia em Recife	41
4.4 A epidemia no Rio de Janeiro.....	44
4.4.1 Teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.....	46
5 O CÓLERA EM PORTO ALEGRE	48
5.1 Panorama sanitário e médico da cidade	49
5.2 Medidas da Comissão de Higiene e a oposição a ela	54
5.3 Chegada da doença a província e a Porto Alegre	56
5.4 O medo da volta do Cólera e medidas de desenvolvimento da salubridade	62
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS	75

1 INTRODUÇÃO

A epidemia de cólera que atacou a cidade de Porto Alegre em 1855 foi uma das mais mortíferas da cidade, tanto numericamente, quanto percentualmente. Em apenas dois meses, entre dezembro de 1855 e fevereiro de 1856, cerca de 1.700 pessoas, ou 10% da população da capital riograndense, faleceram repentinamente vítima da doença, segundo dados estimados pelo governo da província de então e recolhidos entre os livros de óbitos da Santa Casa do período.¹ Apesar do ápice da epidemia ter durado somente dois meses, foram registrados casos esparsos da doença até junho de 1856, dois meses após o governo provincial ter declarado a epidemia como oficialmente extinta.

Esta epidemia não diferenciou ricos e pobres, livres e escravos e poderosos e anônimos, tendo atingido números significativos de contaminados e vítimas em todas as categorias econômicas. Embora o número de vítimas tenha sido maior entre os escravos e negros libertos, não só em Porto Alegre, mas em todo o Brasil, o cólera como reafirmo, não ficou restrito a estes grupos, mas pretendo dialogar com autores que afirmam o contrário para mostrar as diferenças entre as ideias.

Ela chegou a cidade no final de novembro de 1855, através do porto de Rio Grande, onde no final de outubro, havia desembarcado o vapor *Imperatriz*, vindo do Rio de Janeiro, cidade já atacada pela epidemia. Após algumas falhas² na tentativa de evitar a disseminação da doença (criação de quarentenas no porto da cidade de Rio Grande), a doença acabou se espalhando por diversas partes da província do Rio Grande do Sul, mas mais pela parte “litorânea”, na qual Porto Alegre está incluído. Sobre este último ponto, a epidemia foi muito maior na área litorânea brasileira do que no interior, em boa parte, pelo motivo da maioria da população brasileira viver nela e por ali ter maiores condições para a disseminação da doença, como o péssimo estado sanitário e de coleta de lixo.

Ela atacou uma cidade com um precário sistema de limpeza pública (isso para não dizer que era inexistente), falta de sistemas de esgoto, precaríssimo sistema de limpeza urbana e uma quase inexistência de hospitais. Estes pontos, além de alguns outros fatores como disputas de responsabilidade entre setores políticos e médicos, levaram a uma das maiores

¹ WITTER, Nikelen Acosta. *Males e Epidemias: Sofredores, governantes e curadores no Sul do Brasil* (Rio Grande do Sul, século XIX). 2007. 292 f. Tese (doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2007, p. 16-17.

² Dentre as falhas, a principal delas, é a péssima segurança realizada para garantir a quarentena nos navios vindos das cidades contaminadas. Muitos internos, revoltados com a situação, fugiram do recolhimento e se espalharam pela província, disseminando o cólera.

tragédias na área da saúde portoalegrense, dentro de um contexto em que a então província de São Pedro do Rio Grande do Sul se recuperava da Guerra dos Farrapos, terminada 10 anos antes da epidemia.

Imediatamente após o conflito, a administração imperial passou a adotar algumas políticas mais voltadas para as demandas da província, inclusive aquelas relacionadas às questões da saúde, como a regulamentação dos cemitérios, hospitais, venda de remédios e inúmeras obras no setor. Dentre estas últimas, estavam o início das obras de abastecimento de água potável a população e a construção do Cemitério da Santa Casa (inaugurado em 1850). Além disso, houve a adoção da vacinação contra o varíola através do Instituto Vacínico do Império, instituído em 1846 - muito embora as medidas de vacinação obrigatória só tenham entrado em prática a partir do início do século XX.³

Como se sabe pela medicina atual, o cólera⁴ (palavra oriunda do latim *cholera*, que significa diarreia biliosa) é uma doença infectocontagiosa aguda do intestino delgado, causada por uma toxina produzida pela bactéria *Vibrio cholerae*. Sua transmissão é fecal-oral e se dá através da água e de alimentos contaminados pelas fezes e/ou vômitos (mais notadamente, frutas, legumes e frutos do mar), ou pela manipulação de alimentos por pessoas infectadas, sejam elas sintomáticas ou não. Epidemias de cólera são comuns em regiões de grande aglomeração humana, onde as condições de higiene e saneamento básico são precárias ou inexistentes.⁵

O sintoma principal da doença, pelo que se sabe pela medicina atual, é a diarreia volumosa, que começa de repente, acompanhada por vômitos. Em questão de poucas horas, a perda excessiva de água e de sais minerais nas evacuações pode resultar em mais sintomas, como olhos encovados, boca seca, sede excessiva, pele seca e enrugada, câimbras musculares, desidratação grave, baixa expressiva da pressão arterial, insuficiência renal e chegando ao coma, que pode levar à morte. A reidratação é a medida terapêutica mais importante no tratamento do cólera. Ela pode ser feita por via oral com soro caseiro ou com soluções farmacológicas reidratantes. Saneamento básico e medidas simples de higiene são pré-requisitos fundamentais na prevenção dos surtos de cólera.⁶

³ WITTER, op cit., p. 154-155.

⁴ Cólera como doença é citado como gênero masculino, cólera como gênero feminino tem o significado de raiva, fúria.

⁵ CÓLERA. 19 abr. 2011. Site Drauzio Varella. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/letras/c/colera/>>. Acesso em: 21 out. 2014.

⁶ Ibid.

Mas nenhum destes conhecimentos atuais existia no século XIX, quando a doença atacou a capital riograndense. Ela não foi uma epidemia que surgiu e morreu no sul do Brasil, muito pelo contrário, pois essa epidemia foi o “toque final” de um mal que veio de Portugal, que sofria com casos rotineiros da doença desde 1853, chegando ao Brasil, vinda do norte português, em maio de 1855 através do navio *Deffensor* no porto de Belém, capital da província do Pará, gerando uma epidemia que percorreu toda a costa brasileira, matando milhares de pessoas por onde passava. Não se tem números exatos do total de mortos pela doença, mas estimativas apontam que foram cerca de 200 mil pessoas em menos de um ano, cerca de 2,5% da população do país no período.⁷ Ela atacou praticamente todos os principais centros urbanos do período, como Belém, Recife, Salvador e Rio de Janeiro.

Pretendo utilizar no meu trabalho, o termo cólera como termo único para se referir a doença, pois durante o período epidêmico foram utilizados vários termos como *cholera*, *cholera morbus*, *colerina* (termo que pela medicina atual, significa uma forma mais leve do cólera, com os sintomas de diarreia, mas sem o acompanhamento de vômitos e cólicas), e até mesmo *epidemia* e *epidemia reinante*. Justamente para não gerar confusão, pretendo utilizar esse único termo para referir à doença.

É interessante notar que mesmo com todo o impacto que houve no período e o alto índice de mortalidade, esta epidemia atualmente é relativamente esquecida pela historiografia brasileira e muito mais pela população em geral, sendo mais recordadas outras epidemias de igual importância, como a Gripe Espanhola de 1918/1919.

Este tema chegou até a mim em meu período de realização de estágio no Memorial do Rio Grande do Sul, mais especificamente em 2013. Neste momento tive contato com correspondências da provedoria da Santa Casa de Porto Alegre enviados para a presidência da província. O estágio tinha como atividade, catalogar estas correspondências para produzir índices dos fundos arquivísticos pertencentes ao Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Nesta atividade, tomei contato com inúmeros ofícios da década de 1850, que mencionavam a epidemia de cólera que houve em Porto Alegre.

Notei que este tema era sempre trazido à tona nos ofícios dos anos seguintes a 1855 sob qualquer pretexto: péssimo armazenamento dos remédios sob a posse do governo da província; e as exumações obrigatórias aos cadáveres após três anos de sepultamento, para o caso de nenhum parente reclamar o corpo, serem levados a um ossário. Sempre quando algo relacionado a estes casos ocorriam, eram mencionados os perigos que tais eventos poderiam

⁷ LEWINSOHN, Rachel. *Três Epidemias: Lições do passado*. Campinas: Editora UNICAMP, 2003, p. 117.

causar e que supostamente decorreria no retorno a epidemia, algo que não poderia acontecer, como ressaltavam as autoridades.

Eu tinha algum conhecimento sobre esta epidemia anteriormente, mas de modo muito escasso, o que de certa forma ajudou a colaborar com a minha forte impressão que estes documentos geraram quando tive contato com eles. Por isso, já comecei a trabalhar com este tema na disciplina de Técnicas de Pesquisa Histórica, onde o abordei e comecei a ter mais contato com fontes, tanto primárias, quanto bibliográficas, o que despertou ainda mais meu interesse ao estudar as ideias e teorias que havia sobre a epidemia de cólera de 1855.

A História da Saúde se baseia em diversas teorias, seguidas por cada corrente que tem seus adeptos. Segundo apontam Gilberto Hochmann e Diego Armus, ela começou a ser trabalhada no século XIX, muito baseada na ideia laudatória de retratar os grandes médicos, ideias e descobertas, que seriam os maiores representantes da razão contra a doença e o obscurantismo. Isto é uma ideia já muito questionada e até mesmo vista como ultrapassada pela historiografia mais recente, que passou a abordar a medicina inserida nos processos de urbanização, industrialização, modernização e o papel de todos os atores sociais durante cada período retratado.⁸

Dentre estes questionamentos, estão três principais correntes que buscam romper com a tradicional história da medicina, segundo Hochman e Armus:

I – Uma história biomédica: ela se propõe a compreender as tensões entre a história natural da doença e algumas dimensões de seu impacto social e as relações entre natureza e sociedade, analisando as redes individuais e institucionais, os intercâmbios internacionais, as comunidades científicas e a construção do lugar dos médicos nas sociedades modernas. Há também nesta teoria, a análise sobre as possibilidades de se fazer ciência distante dos centros mais dinâmicos, investigando sobre as condições, possibilidades e caminhos de uma ciência nacional. Este estilo foi seguido por autores como Robert K. Merton, Thomas Kuhn, Ludwig Fleck e Bruno Latour.

II - Uma história da saúde pública que focaliza o poder e o Estado: está relacionada às relações entre instituições de saúde e estruturas econômicas, sociais e políticas. Ela também descreve as políticas, instituições e os profissionais de saúde, além do impacto das intervenções sanitárias e suas respostas públicas e sociais.

Também nesse estilo, é forte a perspectiva estruturalista marxista na qual a história da saúde é compreendida como parte da dinâmica do capitalismo em nossa região da América Latina, caracterizado como dependente e subdesenvolvido. Nesse caso, saúde e a doença seriam parte de um processo ligado às relações de produção, e o binômio acumulação-reprodução é incriminado pelas péssimas condições de vida da população e pelo precário estado sanitário dos países latinos. A análise dos impactos dos processos de industrialização e urbanização em condições periféricas também faz parte da agenda desta teoria historiográfica. São exemplos, os autores George Rosen e Juan César Garcia.

⁸ HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 12.

III - Uma história sociocultural da doença: ela discute a medicina como um terreno incerto no qual a dimensão biomédica está penetrada tanto pela subjetividade humana como pelos fatos objetivos. Com forte influência da antropologia e dos estudos culturais, investiga as relações entre medicina, conhecimento e poder; as dimensões culturais e sociais da doença em sentido amplo; suas representações e metáforas sociais; as condições de vida e seus efeitos na morbidade e mortalidade; o higienismo como ciência e a higiene como cultura; práticas e praticantes de curas e ‘outras medicinas’; as influências externas e os intercâmbios internacionais no desenvolvimento médico-sanitário nacional e local e as políticas de saúde. Na América Latina, essas análises estiveram, e ainda estão, muito associadas ao marco interpretativo de Michel Foucault, principalmente no que diz respeito à medicalização da sociedade com ênfase na história da loucura.⁹

Baseado nas minhas análises das fontes tanto primárias, quanto secundárias, este trabalho se baseará em uma perspectiva analítica mais próxima das teorias da História Biomédica e da História Sociocultural da Doença, ou seja, pretendo compreender as dimensões do impacto social causado pela epidemia e o lugar dos médicos na sociedade do século XIX representada pela História Biomédica. Em relação à História Sociocultural da doença, pretendo discorrer sobre as dimensões culturais e sociais da doença; as condições de vida da população; a resposta estatal e social as epidemias; e as práticas e os praticantes de cura e “outras medicinas”, no contexto da epidemia de cólera de 1855.

Este acontecimento pode de certa maneira, revelar os panoramas sociais da cidade através das maneiras como as vítimas enxergavam a doença e através disso, buscarem suas “formas de cura” para o mal que sofriam através dos diversos “curadores” como os médicos acadêmicos e também os benzendeiros e rezadeiras. Também pretendo mostrar neste trabalho, o retrato do medo sentido pelo cólera em todos os setores da sociedade, pois é em razão dele que muitas vítimas procuravam os mais diversos tipos de “curadores” para curar seu mal.

Pretendo enxergar a população dividida entre os “curadores” (parafraseando Nikelen Witter) e as “vítimas”. Além disso, será analisado o papel do estado durante este período e suas medidas na área da saúde. Dentro desses “curadores”, enquadrando os médicos acadêmicos (que possuíam diploma de medicina) e os benzedeiros, os quais irei chamar de “médicos populares”. Os acadêmicos e os populares estão juntos nesta categoria em razão do contexto do acesso que havia a medicina em Porto Alegre, que era bem precário, e somado ao fato de que não existiam faculdades de medicina na cidade, decorria em uma pequena presença de médicos acadêmicos, e no interior da província, sua presença era praticamente inexistente. Desta forma, muitos outros tipos de curadores acabavam sendo autorizadas pelas autoridades provinciais para exercerem as atividades de cura dos enfermos, sendo previsto até mesmo nas leis criadas após 1855 - que tinham o fim de impedir novas epidemias na capital riograndense

⁹ Ibid., p. 13-16.

- o que violava leis nacionais que proibiam o exercício da medicina por pessoas não diplomadas.

Meu trabalho se baseará em fontes primárias conseguidas nos arquivos de Porto Alegre, como as correspondências dos provedores da Santa Casa, livros de óbitos do mesmo hospital e relatórios dos presidentes da província. Também serão utilizadas como fonte, as referências bibliográficas sobre a epidemia em diversos pontos do país e o manual de medicina do Dr. Chernoviz, muito popular em meados do século XIX. Este trabalho pode ser prejudicado um pouco pelo fato de não existirem muitas fontes bibliográficas e hebdomadárias sobre a epidemia em Porto Alegre, salvo honrosas exceções, como a tese de Nikelen Witter ¹⁰, de tal modo que faltam fontes sobre a visão das próprias vítimas durante o período epidêmico e após ele. Muitas fontes utilizadas são relatos e escritos sobre o cólera em outras cidades do Brasil, como Belém, Salvador e Rio de Janeiro, cada uma com sua particularidade, na qual pretendo dialogar com elas, para mostrar as semelhanças e diferenças com o panorama portoalegrense.

Meu trabalho tem o objetivo de mostrar um panorama de Porto Alegre durante os meses do auge da epidemia de cólera entre dezembro de 1855 e fevereiro de 1856 até o ano de 1867, quando houve a segunda epidemia do cólera. Isto através do modo como “curadores” e “vítimas” viam a doença e suas formas de cura. Pretendo também abordar o medo da população ao cólera e um panorama sobre a epidemia em outras cidades brasileiras, para comparar as semelhanças e diferenças com Porto Alegre, através de uma história sociocultural da doença.

¹⁰ WITTER, op. cit.

2 SURGIMENTO DO CÓLERA E SUA DISSEMINAÇÃO PELO MUNDO

No século XIX e início do século XX, epidemias como a Febre Amarela, Peste Bubônica, e o Cólera, eram muito disseminadas em todo o mundo. Elas eram muito comuns em cidades portuárias, municípios geralmente com maior número de habitantes e circulação de pessoas. E em razão disso, havia o fato de que os navios que atracavam nos portos poderiam trazer tanto produtos alimentícios e manufaturas quanto doenças.

Porto Alegre, como cidade portuária, não escapou desta “sina infecto-contagiosa”, sendo assolada pelo cólera, como outras cidades litorâneas brasileiras.

Mas até sua chegada a capital riograndense no final de 1855, ele já era uma epidemia mortal no Brasil e no mundo, fazendo diversos estragos por onde passou. Segundo estimativas de Donald Cooper e de médicos do período, a epidemia atingiu 13 províncias brasileiras e matou 200 mil pessoas em menos de um ano, cerca de 2,5% da população do país no período. Vale ressaltar que era a primeira vez que a doença atacava o país, o que gerou problemas a mais como os médicos não terem muitos conhecimentos sobre ela, e por haver a crença de que o Cólera nunca chegaria ao país em razão da distância do Brasil em relação a Europa.¹¹

Segundo Lewinsohn, citando o autor Thomas McKeown em seu livro *The origins of human disease* (As origens da doença humana em tradução literal), existem oito circunstâncias que são necessárias para que se instale a doença epidêmica:

- 1) Quando o parasita é encontrado pela primeira vez, ou após um intervalo de várias gerações;
- 2) Quando a doença do hospedeiro favorece a sobrevivência do organismo patogênico: o espirro no resfriado, a tosse na tuberculose pulmonar, a diarreia no cólera e a saliva da mordida do cachorro na raiva;
- 3) Quando a relação entre hospedeiro e parasita é gravemente perturbada. Normalmente isso é atribuído ao estresse, a fome e a falta de espaço;
- 4) Quando o microorganismo parasita um animal que não é seu hospedeiro natural;
- 5) Uma alta densidade populacional, para que o micróbio possa sobreviver;
- 6) Água não tratada, exposta a contaminação fecal (no caso do Cólera);
- 7) Higiene e esgoto deficientes ou inexistentes;
- 8) Uma população despreparada que não tinha sido exposta à doença durante muitos anos ou nunca.¹²

¹¹ LEWINSOHN, op. cit, p. 117.

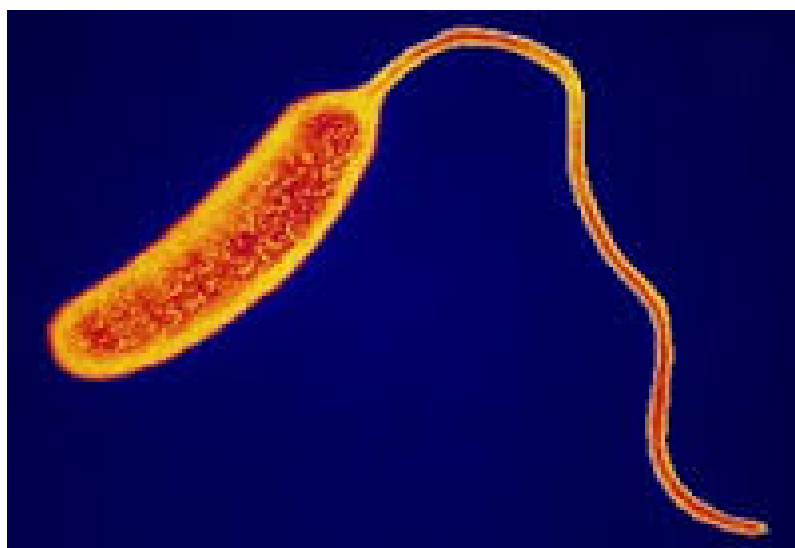
¹² Ibid., p. 103.

Isto explicava o fato de que o Cólera chegou a Porto Alegre já com a fama de uma doença mortal, que não poupou nem os países “civilizados” (os do continente europeu) e que em razão disto, seria mortal aos países “não civilizados” (o Brasil, por exemplo).¹³

Para entendermos como o cólera chegou ao Porto Alegre e seu impacto junto a população, precisamos fazer um panorama desde o surgimento da doença na Índia, suas rotas de contágio, chegada ao Brasil, seus caminhos pela costa do país até sua chegada a capital riograndense. Para isto, iremos dialogar com a bibliografia existente sobre a epidemia em algumas cidades brasileiras como Belém, Salvador e Rio de Janeiro, e também no continente europeu, para mostrar as semelhanças e diferenças com o caso de Porto Alegre.

2.1 Origem do cólera e chegada a Europa

Figura 1 – Imagem do vibrião colérico, causador do Cólera



Fonte: (IMAGEM..., 2015).

Para a descrição sobre a origem da doença, nos basearemos no livro *Três Epidemias: Lições do passado* da autora Rachel Lewinsohn. Ela é uma médica que tinha o objetivo de com seu livro suprir uma falta de bibliografia sobre história da medicina produzida no Brasil. Além disto, outra lacuna que a autora queria preencher era a ausência do ensino da história da medicina nestes cursos. Por isso, ele era voltado completamente aos profissionais médicos, além dela não se ater as preocupações dos historiadores, inclusive defendendo a ideia de que saber sobre as epidemias do passado e suas formas de tratamento, seria uma forma de

¹³ WITTER, op. cit., p. 34-35.

aprendizado para que os erros não se repitam. Apesar do fato deste livro ser voltado a medicina e não a história, este livro tem informações preciosas sobre a origem da doença.

Segundo Rachel Lewinsohn, o cólera surge na região indiana da Bengala, extremo-leste da Índia atual, com registros existentes da doença datados de 500 a.C. Mas a doença era muito restrita a própria região de Bengala. Foi apenas em 1817, quando através da modernização dos meios de transporte da região, que a doença se espalhou por toda a Índia, chegando a grandes cidades como Calcutá (localizada na própria Bengala), tornando-a conhecida da população europeia que mantinha negócios na região. Três anos depois, em 1820, a doença já atingia a China e o Japão.¹⁴

No final dos anos 1820, a doença começou a sair da Ásia através dos movimentos das tropas russas que voltavam a seu país após a guerra contra a Pérsia e Turquia (1826-1829), o que trouxe a doença para a região do Báltico, e de lá se espalhando pela Europa pelos navios mercantes, alcançando as ilhas britânicas em 1831. Inúmeras tentativas de evitar o avanço da doença como cordões sanitários e rigorosos regimes de quarentena não adiantaram, muito em razão da contrariedade da população, que não queria ter seus movimentos de ir e vir limitados e também, pela descrença na existência da doença.¹⁵

Quando a epidemia chega a Europa, o efeito é devastador, superando todos os obstáculos e não conhecendo distinção por classe social. Não houve caso semelhante no continente europeu. A partir de 1829, o cólera começou a atingir a América do Norte em razão das movimentações comerciais e militares.¹⁶

Segundo Lewinsohn, houve no século XIX, cinco epidemias continentais ou intercontinentais do Cólera:¹⁷

- 1) 1817-1823: maior parte da Ásia
- 2) 1826-1837: Rússia, Europa Ocidental, Estados Unidos e México
- 3) 1846-1862: Europa, América do Sul (Brasil)
- 4) 1864-1875: Ásia, África, Europa, América do Sul
- 5) 1883-1896: Oeste da Ásia, Egito, Rússia, Europa Ocidental.

Sobre o cólera na Europa, houve muitas revoltas no continente durante a década de 1830, período em que chega ao “velho mundo”, os quais foram abordadas pelo autor Onildo

¹⁴ LEWINSOHN, op. cit, p. 111-113.

¹⁵ Ibid., p. 114.

¹⁶ LEWINSOHN, loc. cit.

¹⁷ Ibid., p. 116.

Reis David, autor muito influenciado pela visão que relacionava a medicina acadêmica com o poder administrativo-financeiro.

Muitos europeus acreditavam que o cólera era uma invenção da categoria médico-farmacêutica aliada ao governo para que este último criasse empregos para os primeiros (vistos pelos mais radicais como integrantes de uma mesma classe que estaria explorando os mais pobres) e que estes colocariam a venda supostos remédios “milagrosos” a preços altos. Isto se propagou em razão do péssimo tratamento que o estado dava a maioria da população europeia, onde uma tese dessas não pareceria de tão modo absurda.¹⁸ Temos que ressaltar que nas primeiras décadas do século XIX, a Europa passava pela consolidação da Revolução Industrial com o desenvolvimento pleno da indústria no continente. Esta industrialização em um primeiro momento foi feita de maneira de maneira muito prejudicial aos trabalhadores, com jornadas extenuantes em ambientes insalubres. Além do ambiente de trabalho, o doméstico também era lastimável, onde os bairros operários possuíam residências apertadas, abafadas e úmidas. Tudo isto acabou colaborando para a disseminação do cólera na Europa.¹⁹

Não faltavam teorias de que a doença era na verdade uma tentativa de envenenar as classes mais baixas para diminuir seu número para no fim, servir de novos cadáveres para as escolas de medicina. Vale ressaltar que eram utilizados diversos corpos de pessoas pobres e indigentes para as aulas de anatomia das escolas médicas, o que poderia explicar esta ideia. Isto gerou revoltas em lugares como Inglaterra, França, Prússia e Rússia, onde médicos e estudantes de medicina eram constantemente agredidos e até mesmo assassinados. O hospital era visto pela população europeia com certo horror, onde médicos somente viam os pacientes como cobaias, estando mais interessados em “dissecar” os enfermos do que propriamente curá-los. Muitos europeus só se internavam ou em estado terminal, ou para não contaminar seus familiares.²⁰

Sobre a crença de envenenamento, ela não estava de todo errada, pois de fato os sintomas do cólera aos olhos dos que tinham contato pela primeira vez com o mal, poderiam ser confundidos com uma intoxicação, como vômitos, dores pelo corpo e pele azulada em casos mais graves. Isto fez com que alguns médicos do período, sobretudo na Europa, também

¹⁸ DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: a epidemia de cólera da Bahia em 1855-1856*. 1993. 177 f. Dissertação (mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 1993, p. 34-35.

¹⁹ FARIAS, Rosilene Gomes. *O Khamsim do deserto: cólera e cotidiano no Recife (1856)*. 2007. 141 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007, p. 39.

²⁰ DAVID, op. cit, p. 34-35.

acreditarem que havia uma série de envenenamentos nas regiões atingidas, o que foi logo descartado devido à extensão da doença.

Mas a principal causa que fez com que o cólera deixasse de ser confundido com envenenamentos em série foi o fato de serem percebidas algumas diferenças entre os sintomas: o colérico apresenta sintomas de vômitos sem sangue, ao contrário dos envenenados; os coléricos sentem dores por câimbras, enquanto que os envenenados sentem dores por inflamação gastro-intestinal; os coléricos apresentam cianose (cor azulada da pele) geral, enquanto que os envenenados apresentam quando muito, somente na face.²¹

2.2 O cólera em Portugal

O cólera chegou a Portugal pela segunda vez em dezembro de 1853 (a primeira foi em 1832), dentro da terceira onda epidêmica entre 1846 e 1862, que percorreu diversos países europeus, Canadá, Estados Unidos e chegando até ao Brasil. A epidemia chegou através da Espanha via Rio Douro (que corta o norte português) e atingiu fortemente a cidade do Porto. No ano de 1854, a doença se espalhou por Portugal, e seu término foi declarado oficialmente pelas autoridades em 21/11/1855.²²

Quando a epidemia chegou às terras lusitanas, houve uma tentativa inicial de negar a chegada do cólera ao país por parte das autoridades administrativas e da imprensa. Maria Antônia Pires de Almeida, ao analisar o discurso da imprensa da cidade do Porto do período, afirma que os jornais tinham muita resistência sobre algumas medidas tomadas pelas autoridades, como as quarentenas. Mas a principal delas foi a triagem feita nos portos do Rio Douro para inspecionar se os barcos que atracavam eram vindos de uma região afetada pela doença, e negar o atracamento quando confirmado a infestação. A imprensa as atacava, afirmando ser um atentado contra o livre comércio e a classe comercial. Outras medidas adotadas como a que restringiu o funcionamento de locais que poderiam gerar grande aglomeração, como feiras livres, também foram bastante criticadas pelos periódicos, que afirmavam que com isso, poderia-se acabar com a principal atividade econômica do Porto.

²¹ BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera: o flagelo da Belém do Grão-Pará*. Belém: Editora Universitária UFPA; Goeldi, 2004a, p. 115.

²² ALMEIDA, Maria Antônia Pires de. A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1057-1071, out./dez. 2011, p. 1062.

Eles também acusavam as medidas de serem ineptas, e questionavam o fato do cólera ser uma doença contagiosa.²³

Estas medidas feriam completamente os interesses comerciais da cidade do Porto (a qual a imprensa estava associada), pois o norte de Portugal concentrava um grande número de parrerais, que geravam os vinhos e que eram um produto importante do comércio exterior lusitano, saindo justamente do Rio Douro, que corta a cidade e que era o principal foco das medidas restritivas.²⁴

Além desta resistência de setores comerciais e da imprensa, havia também a ideia dos setores administrativos de culpabilizar as próprias vítimas (geralmente os mais pobres) por contrair a doença e condenando suas péssimas condições de moradia, hábitos de limpeza, alimentação e moral.²⁵

Eram várias as formas de cura existentes em Portugal. Dentre elas, estavam beber chá e vinho, além de banhos de água salgada e fazer fricção das extremidades, isto quando o paciente estava mesmo quase morrendo. A aplicação de sanguessugas foi um recurso muito utilizado, o que não era exclusivo de Portugal, mas também de diversas partes do mundo, sendo usado tanto por acadêmicos quanto pelos populares.

Estes conflitos de interesses dos médicos contra os setores comerciais aliados com a imprensa, somada a omissão das autoridades portuguesas, acabaram custando muito caro. Isto fez com que a doença saísse dos domínios lusitanos e chegasse ao Brasil, e fazendo com que o país sofresse uma das piores epidemias de sua história, tanto em nível de abrangência, quanto em mortalidade.

2.3 Saída do cólera de Portugal e sua chegada ao Brasil

Para explicar como o cólera saiu de Portugal rumo as terras brasileiras, precisamos mencionar um decreto expedido em 1854 pelo então rei de Portugal, Pedro V, que exigia um atestado de bom estado sanitário em todos os barcos que cruzassem o Rio Douro. Este decreto era mais um embuste, feito para agradar o governo inglês, que pressionava seu aliado a tomar medidas mais eficazes para combater a doença. Como já citado, o norte português

²³ Ibid., p. 1063.

²⁴ Ibid., p. 58-61.

²⁵ ALMEIDA, op. cit., p. 1058.

concentrava a produção do vinho do país, o que contrariava interesses comerciais. Fora que os próprios responsáveis pelas quarentenas, julgavam-se incapazes de fazer o serviço.²⁶

Esta desobediência oficial fez com que a doença chegasse ao Brasil. Sobre isso, é preciso relatar que o norte português mantinha fortes laços comerciais com o Brasil, através da província do Pará. Mensalmente, de três a cinco embarcações iam ao país levando vários artigos como vinho, bacalhau e azeite. Além disso, eles levavam colonos portugueses que se deslocavam ao Pará para trabalhar em alguns empreendimentos na Amazônia como a Companhia de Navegação e Comércio do Amazonas e outras obras públicas realizadas na região. Em compensação, o Brasil exportava a Portugal, madeira e borracha. Era uma troca com interesses de ambos os governos: Portugal entregava mão-de-obra disponível, se livrando de cidadãos “indesejados” como desocupados e vadios, e o Brasil recebia braços livres (o tráfico de escravos tinha sido proibido em 1850), sobretudo para o norte, lugar que a maioria dos imigrantes europeus rejeitava em razão do clima.²⁷

Uma destas embarcações era o *Deffensor*, que saiu da cidade do Porto em 15/04/1855 rumo à cidade de Belém, no Brasil, trazendo 304 pessoas para serem colonos justamente a serviço da Companhia de Navegação e Comércio do Amazonas. Este número, somado aos 18 tripulantes, extrapolava a capacidade do navio, que era de 222 pessoas. Além disso, o navio não possuía o atestado de bom estado sanitário, assim como a maioria dos barcos que saíam do Rio Douro.²⁸

Como a embarcação não foi vistoriada pelas autoridades, não se soube que naquela embarcação havia alguns viajantes contaminados pela doença, o que somados as péssimas condições que o navio oferecia (falta de cômodos para todos os passageiros, comida escassa e de péssima qualidade e água potável inexistente) fizeram com que o cólera se espalhasse pelo navio, gerando a morte de 36 passageiros.²⁹

Além da péssima condição sanitária do navio, a outra causa de haver vítimas fatais no navio, foi o fato do médico Manuel Teixeira de Macedo, responsável pela saúde dos passageiros e tripulantes, não saber a causa das mortes, especulando sobre argumentos verossímeis como resultados de maus tratos impostos pelo comandante do navio, ou por envenenamento do alimento pela mistura da comida com os sais de cobre das panelas. Os sintomas descritos pelo médico se assemelhavam a de um envenenamento, mas eram justamente os do cólera: *vômitos continuados, diarreias, sede, olhos encovados e morte*

²⁶ BELTRÃO, op. cit., p. 58-61.

²⁷ Ibid., p. 62-64

²⁸ Ibid., p. 57, 69.

²⁹ Ibid., loc. Cit., p. 57, 69.

fulminante.³⁰ Isto demonstra que mesmo décadas após a chegada da doença a Europa, havia ainda muita confusão sobre seus sintomas. O resultado disso foi que quando o navio atracou em Belém, ela não trouxe somente colonos, mas também, um terrível mal.

O Brasil dos anos 1850 era um país que começava a formar uma produção médico-acadêmica. Já existiam algumas instituições de produção e pesquisa médica como a Academia Imperial de Medicina (atual Academia Nacional de Medicina), que produzia uma revista médica de ampla penetração entre os médicos. Além disso, existiam duas faculdades de medicina: uma no Rio de Janeiro e outra em Salvador, ambas com uma incipiente produção acadêmica.

A respeito disso, livros mais recentes sobre a história da medicina vêm contrariando teses antigas de que havia uma divisão rígida entre médicos acadêmicos e populares, cada um com suas ideias. Eles mostram que havia uma divisão muito forte em vários aspectos, como a crença sobre a forma de contrair a doença (contágio ou infecção) e seu tratamento (alopatia ou homeopatia), mas que elas não se baseavam somente em ideias médicas, mas também em diversos outros interesses por trás, como comerciais e administrativos.

É sobre estas diferentes teorias existentes entre os médicos acadêmicos e seus interesses que iremos abordar no próximo capítulo. Elas foram responsáveis por parte da gravidade da epidemia de 1855. Além disto, iremos tratar sobre o famoso *Diccionario de Medicina Popular e Ciências Acessórias*, do doutor Pedro Luís Napoleão Chernoviz, um livro de medicina popular lançado em 1842 e que foi bastante utilizado por diversos setores da população ao longo das décadas seguintes, sendo um verdadeiro elo entre a medicina acadêmica e população leiga.

³⁰ Ibid., p. 76.

3 ENTRE MANUAIS, TEORIAS E INTERESSES: AS TESES MÉDICAS SOBRE O CÓLERA PRESENTES NO BRASIL NOS ANOS 1850

O panorama sanitário no Brasil dos anos 1850 era terrível. O sistema de saneamento era praticamente inexistente; não existia coleta de lixo e a população despejava seus dejetos em plena rua e nos rios. A assistência médica pública estava começando a ser formada e o cólera era uma doença praticamente desconhecida dos médicos acadêmicos.

Não se sabia sequer sobre a origem da doença, pois oficialmente, quem descobriu a origem do cólera (o vibrião *Vibrio Cholerae*) foi o médico alemão Robert Koch em 1883, quando era líder da Comissão Alemã do Cólera e estava no Egito para investigar o surgimento da doença naquele país.

Como não se sabia sobre como o cólera podia ser contraído, uma série de teorias circulavam entre os médicos acadêmicos. Dentre elas, havia duas correntes principais na literatura médica brasileira de meados do século XIX:³¹

- 1) Teoria do Contágio: afirmava que as doenças epidêmicas eram resultado de comunicação direta entre as pessoas e objetos contaminados. Para evitar estas doenças, se recomendava a criação de cordões sanitários (limpezas públicas), quarentenas, a criação de lazaretos (edifícios onde se internariam doentes oriundos de lugares distantes) e isolamento total dos enfermos.
- 2) Teoria infeccionista/miasmática: afirmava que as doenças contagiosas eram causadas pelas condições locais (alimentos e águas de má qualidade) e variações ambientais. Era a teoria dos miasmas, que era a ideia de que componentes orgânicos decompostos (como os cadáveres) liberariam ares corrompidos com doenças, e que isto contaminaria o ar, trazendo inúmeras doenças. Contra isso, se recomendava a evitar o sol, chuva, ventos fortes, águas paradas, lugares fechados e áreas de decomposição orgânica.

A teoria dos miasmas surgiu em decorrência de uma nova valorização das ideias do médico grego Hipócrates, que afirmava em seus textos, sobretudo em seu tratado *Dos ares, das águas e dos lugares*, que as causas para as doenças têm decorrência interna (dieta e

³¹ Ibid., p. 99-102.

hábitos) e externa (clima em sentido amplo como umidade, pressão atmosférica, topografia, influência dos astros, proximidade de pântanos e lagos).³²

Sobre esta divisão que havia entre os médicos que acreditavam que o cólera podia ser uma doença ou infecciosa ou contagiosa, os autores Sebastião Pimentel Franco e André Luís Limanogueira, ao discorrerem sobre as teses feitas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro sobre o cólera entre 1856 e 1857, demonstram que esta divisão não era extremamente rígida, pelo contrário, muitos que defendiam a tese de contágio ou infecção executavam soluções das duas teorias, como a ideia de que a doença se contrai via “miasmas” (uma ideia infeccionista), e adoção em larga escala por parte das autoridades médicas das quarentenas (uma ideia contagionista). Muito desta maleabilidade dava-se em razão de uma “incerteza teórica” dos estudantes e das autoridades.³³

Outra razão para a mistura das duas teorias era o fato de que algumas ideias delas contrariavam alguns interesses. No caso dos contagionistas, a sua defesa da quarentena implicava em inspeções nos navios que atracavam em portos brasileiros. Isto contrariava os interesses dos comerciantes, que poderiam perder clientes e ter seu comércio prejudicado com as restrições aos navios estrangeiros. Além disso, havia o temor que a população pudesse se revoltar contra estas medidas, pois teriam seu campo de deslocamento limitado.³⁴

Já as recomendações dos infeccionistas que afirmavam que os climas e as decomposições eram causas das doenças, batiam de frente com tradições culturais. Uma destas tradições eram os enterros em igrejas, vistos pela população como uma aproximação do reino dos céus. Estes sepultamentos (realizados dentro de áreas urbanas) eram condenados pelos médicos, que enxergavam como nocivas a saúde em razão de acreditarem que os cadáveres poderiam exalar ares tóxicos que poderiam trazer doenças, ou seja, os miasmas. Para combater isto, os infeccionistas recomendavam os enterros em áreas fora das cidades, e isto acabou sendo cumprido com a construção de cemitérios “extramuros” em diversas cidades brasileiras. A obrigação que as teorias infeccionistas impunham como lavagem das casas e comércios, também não agradavam a população, comprometendo o combate a doença.³⁵

Tudo isto mostra que esta divisão entre contagionistas e infeccionistas podia ser ao mesmo tempo tão rígida, mas ao tempo, tão maleável em razão dos interesses dos setores

³² FRANCO, Sebastião Pimentel; LIMANOGUEIRA, André Luís. Entre livros, lentes e miasmas: as teses médicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a epidemia de cólera (1855-1856). *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 67-87, jan./jun. 2016

³³ FRANCO; LIMANOGUEIRA, op cit, 2016, p. 77/78

³⁴ Ibid., p. 77.

³⁵ BELTRÃO, op. cit., p. 100-101.

comerciais e administrativos. Mas havia uma unanimidade, os sintomas da doença, que eram praticamente o que se sabe hoje (vômitos, câimbras, diarreias, esfriamento das mãos e pés).

Estas teorias, e interesses por trás delas explicam a atitude dos médicos e dos próprios setores administrativos durante o processo epidêmico. Estas disputas, que colocavam interesses pessoais acima dos públicos, acabaram sendo fatais para o resto da população, sobretudo a mais pobre, que em razão de seu precário modo de vida, acabavam sendo completamente “dizimados” pelo mal. Como se sabe hoje em dia, o Cólera é definido pelas condições de saneamento e qualidade de vida da população, e sua taxa de mortalidade se define pela qualidade da assistência médica. Como aponta Lewinsohn, citando Robert Desowitz: “O que para mim é o maior ultraje de todos (...) é o fato de que as pessoas mais afetadas [pelas decisões das autoridades] tão raramente possam decidir como irão viver”.³⁶

O cólera foi uma das doenças mais impactantes junto a população do período. Muito mais que outras doenças comuns do período, como a Febre Amarela e a Tuberculose. Isto em razão do fato que ela causava um grande número de mortos em pouco tempo e gerava um péssimo estado no doente, o que certamente fez com que marcasse muito mais do que doenças que tiveram um grau de mortalidade muito maior por um longo espaço de tempo, como a Tuberculose.

O fato da doença ser contraída justamente pelas comidas e bebidas contaminadas, ou seja, pelos instrumentos fundamentais de sobrevivência, era o que justamente colaborava para o grande número de vítimas. E seus sintomas geravam um verdadeiro panorama de horror entre a população, pois como aponta Nikelen Witter:

O imaginário de terror em torno do “Mal de Ganges”, como era chamado, se construiu sobre o fato de que este matava não somente metade daqueles que contaminava como também os matava em poucas horas e de maneira degradante. (...) A imagem humilhante e desumanizadora dos coléricos, associada à rapidez com que se dava o ataque da doença, são fundamentais para compreensão das respostas sociais dadas a este tipo específico de epidemia.³⁷

Citando também a autora Jane Felipe Beltrão, ao relatar a deformação física causada pela doença, é ressaltada antes da morte física, o Cólera gerava a morte social, pois o péssimo estado físico do doente gerava muito temor entre a população. A autora cita o caso da epidemia do Cólera que houve em Belém em 1991, onde os relatos discorriam muito sobre os

³⁶ LEWINSOHN, op. cit., p. 19.

³⁷ WITTER, op. Cit., p. 30-31.

sintomas da doença, como por exemplo, as pessoas ficarem *com a pele toda enrugada, olho virado, “parecendo um morto vivo”*, mostrando o impacto que ela causava.³⁸

Em razão de todo este desespero causado, buscava-se todos os meios possíveis para tentar curar a doença. Mas apesar de haver certa “distância” entre a população mais leiga e a medicina acadêmica, havia alguns elos entre estes dois grupos através dos manuais de medicina, sobretudo a do médico Pedro Chernoviz, que em seu livro *Diccionario de Medicina Popular e Ciências Acessórias*, lançado em 1842, descrevia uma série de doenças em uma linguagem acessível e simples. Este manual acabou sendo disseminado entre a população em geral e foi um importante elo entre estes dois mundos.

3.1 Doutor Chernoviz – o elo entre os médicos acadêmicos e a população leiga

Pedro Luis Napoleão Chernoviz (1812/1881) era um médico nascido na Polônia e criado na França que emigrou para o Brasil na década de 1830, fixando-se no Rio de Janeiro. Chegou a ser sócio da Academia Imperial de Medicina e recebeu de D. Pedro II o grau de Cavaleiro da Ordem de Cristo, apenas para demonstrar a sua importância entre os médicos acadêmicos. Mas apesar disto, começou a entrar em conflitos com alguns de seus pares e por isso, acabou deixando o Brasil em 1855, falecendo na França em 1881. Sua grande contribuição para a medicina brasileira foi sem sombra de dúvidas, o livro *Dicionário de Medicina Popular e Ciências Acessórias*.

Este manual era voltado para os locais em que não havia médicos, longe dos centros urbanos e em localidades de difícil acesso aos médicos credenciados pelas academias e autoridades, algo que era onipresente neste período. O livro era uma espécie de consultório doméstico, ao explicar as doenças, o organismo e formas de cura em uma linguagem simples. A ideia do autor era trazer *à arte de curar a muitos, cujo conhecimento pode ser facilmente adquirido por todos os homens, e em que podem noções muito simples pô-los em estado de serem úteis á sociedade*.³⁹ Segundo Bitencourt, todos consultavam os livros de Chernoviz: práticos, acadêmicos, médicos, farmacêuticos e boticários, seja para emergências, por curiosidade ou para aprendizado. Lançado em 1842, até o final do século XIX já havia sido publicada a sexta edição, algo que demonstra seu grande sucesso em uma sociedade

³⁸ BELTRÃO, op. cit., p. 13.

³⁹ CHERNOVIZ, Pedro Luis Napoleão. *Diccionario de Medicina Popular*. Rio de Janeiro: J. Villeneuve, 1842. grafia da época, p. 7.

majoritariamente analfabeta.⁴⁰ O livro tornou-se tão popular e tão ligado a seu autor, que o manual era simplesmente chamado de “Chernoviz”.

Não existe dúvida, segundo Figueiredo, de que a obra era lida e utilizada no dia-a-dia por todas as pessoas envolvidas na arte de curar nas áreas rurais e urbanas. Nas legislações farmacêuticas do período, havia uma relação de livros relacionados para o exercício da profissão de farmacêutico e entre eles, estava o *Dicionário de Medicina Popular*. Acadêmicos utilizavam o *Dicionário*, assim como os populares, como o caso de Mané Martins, um curandeiro do interior de Minas Gerais, que atuava no final de século XIX, e sempre andava com o livro a tiracolo.⁴¹

Esta disseminação do manual entre a população mais leiga obedecia ao propósito fundamental desses livros, que era fazer circular o saber produzido e disseminado nas academias, e estabelecer uma intermediação entre eles e a comunidade leiga, dentro do movimento de legitimá-los e “eclipsar” os curadores populares.⁴²

Mesmo com o fato de que a maioria dos acadêmicos e das instituições médicas rejeitassem estes manuais populares, como no exemplo do descredenciamento do doutor Chernoviz da Academia, eles acabaram ao fim cumprindo exatamente o papel proposto de mediadores culturais. Isto aconteceu em razão da medicina acadêmica brasileira ainda ser incipiente, o que contribuiu com o fato de que, ironicamente, ser justamente estes manuais tão rejeitados pelas autoridades médicas, que contribuíram fortemente para o desenvolvimento do academecismo.⁴³

Como Chernoviz tinha a missão de detalhar todas as doenças conhecidas em um manual didático, o cólera não podia ficar de fora, mesmo que na época da publicação (1842), ele ainda não ter chegado ao Brasil. Suas descrições da doença e formas de tratamento e cura são bem peculiares vistas aos olhos de hoje.

O autor ao descrever a doença, classifica o Cólera (que também o chama de *mordechim*) como uma moléstia aguda e *mui grave*⁴⁴ e que se divide em esporádico e epidêmico, com a primeira ocorrendo independente das influências epidêmicas e em todo o lugar, e a segunda sendo originária da Índia, fazendo inúmeros estragos sobre populações.⁴⁵

⁴⁰ FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular. *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 59-73, 2005, p. 66.

⁴¹ *Ibid.*, p. 69-70.

⁴² *Ibid.*, p. 65.

⁴³ *Ibid.*, p. 72.

⁴⁴ CHERNOVIZ, op. cit., p. 215.

⁴⁵ CHERNOVIZ, loc. cit.

Chernoviz asserta que a doença não havia sido descrita pelos médicos ao longo dos séculos, sendo só tratada de maneira genérica e geral sobre o cólera esporádico entre os séculos XVI e XVIII. Somente em 1817 com a grande epidemia que atingiu quase toda a Índia, que os médicos passaram a descrever sobre o Cólera “epidêmico” em larga escala. O autor ao descrever a doença e suas epidemias na Europa e América do Norte, descreve *sua marcha enigmática e caprichosa, tendo zombado de todas as previsões*, não deixando para trás nenhum território, topografia e climas, e não diferenciando sexo, idade e profissão.⁴⁶

Chernoviz descreve que as causas da doença eram desconhecidas e que muito provavelmente se dariam em razão de venenos presentes no ar, o que pode ser relacionado com a tese miasmática. O autor também diz que a umidade, os calores fortes, as trovoadas e as variações de temperatura, poderiam ter uma influência difícil de analisar, mas que não seria de todo modo descartado como causa. Novamente uma relação com a teoria infeccionista/miasmática. Sobre o consumo de alimentos, ele afirma que alguns alimentos poderiam transmitir o cólera, como carne de porco, comidas originárias de caça, frutos verdes e queijos fermentados, mas o médico ressalta que estes só podem ser considerados como agentes da doença se estes estiverem interdependentes com os miasmas agindo sob o ar. Chernoviz descreve que há quatro etapas do cólera, que seriam estas:⁴⁷

- 1) Primeiro Período/Cholerina/Incubação: ocorre nos primeiros três dias da doença, e os sintomas seriam as dores de cabeça, vertigens, perda de apetite, sede, diarreia frequente, pulso acelerado e pele mais quente. Seu tratamento se daria por receitas que iam desde a ingestão de água de arroz com xarope de goma a colocação de sangrias (sanguessugas) por todo o corpo.
- 2) Segundo Período/Cólera Confirmada: muitas vezes os sintomas se misturam com os do primeiro período, e se caracterizam por vômitos frequentes (inclusive com sangue), evacuações frequentes de cor esbranquiçada, câimbras, língua pálida, palpitações frequentes e esfriamento das extremidades. Seu tratamento se daria pela imersão das extremidades em vasos cheios de água quente, bem como as infusões de chá e o uso de sinapismos⁴⁸ para combater as câimbras.
- 3) Terceiro Período/Cólera Azul: o rosto, extremidades e tronco passam a ter uma cor azulada, os olhos ficam cavados, as extremidades ficam completamente frias, a voz e o pulso enfraquecem, as urinas ficam suprimidas e surgem convulsões. Nesse

⁴⁶ Ibid., p. 215-216.

⁴⁷ Ibid., p. 217-219.

⁴⁸ Remédio em forma de papa, a base de mostarda.

estado, a morte torna-se quase inevitável. Seu tratamento se dá pela ingestão de limonada e laranjada para diminuir os vômitos, em razão de serem bebidas ácidas, bem como tomar ¼ de grão de ópio de hora em hora.

- 4) Quarto Período/Reação: É o período que ocorre a cura tanto pela medicina, quanto naturalmente. Seus sintomas são: restabelecimento do pulso, e diminuição das câimbras, dos vômitos e do suor abundante. Mas se o restabelecimento for forte demais, a pele começa a ficar ardente, o pulso se acelera, ocorrem delírios, convulsões e em alguns casos, ocorre a morte.

Segundo o mesmo Chernoviz, em todos os seus estados, o tratamento da doença deve se basear em uma dieta absoluta e as mais sérias precauções, pois o menor sinal de resfriado ou mudança de regime bastaria para haver uma recaída. A prevenção seria a limpeza das casas, não mudar o regime alimentício e não ingerir alimentos de difícil digestão como carne de porco, frutos verdes e carnes salgadas. Deveria-se também evitar o frio e a umidade.⁴⁹

Como pode perceber, esta descrição da doença estava de total acordo com o pensamento acadêmico hegemônico, como a ideia infeccionista/miasmática. Além disso, ele buscava tentar curar a doença através da diminuição de seus sintomas, como utilizar vasos com água quente para diminuir o esfriamento das extremidades e tomar água de arroz para repor os minerais perdidos com os vômitos e diarreias. Nota-se que ele se utilizava o que já era tradicional ao curar vômitos e diarreias para o cólera.

Muitas das ideias de Chernoviz acabaram sendo adotadas de fato em alguns lugares do Brasil em 1855. A água de arroz, por exemplo, foi muito adotada em Porto Alegre quando a doença atacou a cidade, assim como a imersão das extremidades do corpo em água quente. A proibição da ingestão de alimentos como carne de porco, frutas, peixes e alimentos de gosto salgado ou apimentado também foi seguida.⁵⁰

Nos dias de hoje, sabe-se que o tratamento adequado para combater o Cólera, é a reposição dos líquidos e nutrientes perdidos, algo que já era percebido pelos médicos acadêmicos do século XIX. Esta reposição se dá pelo famoso Soro Caseiro (um copo de água misturado açúcar e sal) como primeiro socorro e posteriormente por antibióticos, ministrados por médicos. Uma curiosidade, é que uma forma de cura bastante utilizada no período, tanto por acadêmicos quanto por populares, era a ministração de uma mistura de água com sal, algo muito próximo do Soro Caseiro.⁵¹

⁴⁹ Ibid., p. 221.

⁵⁰ DAVID, op. cit., p. 87.

⁵¹ LEWINSOHN, op. cit., p. 111.

Apesar de como já dito, o agente da doença e sua forma de contraí-la terem sido descobertos oficialmente em 1883 por Robert Koch, já havia teorias que apontavam as razões que mais tarde saberiam-se ser as verdadeiras causas da transmissão da doença e seu agente causador.

3.2 As teorias “escondidas” de transmissão e agente: John Snow e Filippo Pacini

Em 1854, o médico inglês John Snow comprovou a relação direta entre a doença e a água e alimentos contaminados por dejetos fecais. Ele teve esta descoberta ao observar o cotidiano dos mineiros e órfãos, onde percebeu o amplo contato destes grupos com os vômitos e dejetos fecais, não limpando as mãos após o contato, e após isso, manuseando alimentos e líquidos. Snow chegou a conclusão de que o agente da doença (não sabendo qual) agia nestes lugares e se multiplicava no sistema digestivo humano.⁵²

Também em 1854, um bacteriologista italiano de Florença chamado Filippo Pacini, publicou uma tese que já descrevia minuciosamente o agente do cólera (*Vibrio Cholerae*) chamada *Osservazio nimicroscopiche e deduzio nipatologiche – sul cólera asiático* (Observações microscópicas e deduções patológicas – a Cólera Asiática).⁵³

Estas duas pesquisas foram solemente ignoradas no período. A teoria de Snow foi refutada em razão da comunidade médica inglesa do período não acreditar que não havia presença dos “miasmas” na transmissão da doença. Inclusive defendiam que estes agiam sob a água para transmitir o mal. A razão da tese de Pacini ter sido refutada é desconhecida. Mesmo com as limitações do período, era provável que se a comunidade médica acadêmica europeia tivesse prestigiado os trabalhos de Snow e Pacini, elas poderiam ter chegado ao Brasil. As duas faculdades de medicina do período tinham contato com trabalhos europeus.

Estas ideias podem não mostrar o contexto de toda a população de um país, mas ajuda a explicar como funcionava a lógica dos setores acadêmicos e administrativos, que reivindicavam para si, o papel de arautos do progresso científico e donos da verdade.⁵⁴ A partir disso, iremos abordar como a epidemia agiu em diferentes lugares do Brasil, explicar o contexto sociocultural das cidades, para fins de comparações com o caso portoalegrense.

⁵² Ibid., p. 128-129.

⁵³ Ibid., p. 125-126.

⁵⁴ DAVID, op. cit., p. 79.

4 A EPIDEMIA ATACA O BRASIL

A epidemia de 1855 se deu em um contexto em que estavam sendo criadas as primeiras leis de saúde pública no país. Elas surgiram em decorrência da epidemia de Febre Amarela de 1850, que atingiu várias das maiores cidades do Brasil como o Rio de Janeiro. Em razão disto, foram criadas as leis nº 598/1850 e nº 828/1851, que criavam respectivamente a Junta Central de Higiene Pública (órgão do governo central que propunha e executava as medidas relativas à salubridade pública) e as Comissões de Higiene Pública (versões provinciais da Junta Central).

A lei federal 598/1850 trata sobre a criação da Junta Central de Higiene Pública com jurisdição sobre a cidade do Rio de Janeiro (então capital do Brasil) e a província do Rio de Janeiro. Ela tinha o poder de “Propor ao Governo todas as medidas, que julgar necessarias ou convenientes a bem da salubridade publica”, bem como executar as medidas relativas a esta área, para que as atitudes (tanto por parte da comissão quanto pelo governo) fossem convertidas em artigos do código de posturas do então Município Neutro. Além disto, ela tinha o poder de polícia, ao vistoriar quaisquer tipos de lugares (casas, comércio, mercados, drogarias e até embarcações) que tivessem alguma denúncia ou suspeita de risco a salubridade pública, dando desde a punição de multa, passando pelo fechamento por três meses aos estabelecimentos infratores e até mesmo a prisão por quinze dias. As rendas das loterias seriam a fonte de financiamento da comissão e seus integrantes seriam nomeados pelo governo central, sendo eles, um presidente da nomeação do Governo, os cirurgiões-móres da Marinha e do Exército, o Inspector do Instituto Vaccinico e o Provedor da Saude do Porto do Rio de Janeiro.⁵⁵ Este decreto inspirou o decreto 828/1851, que criou as Comissões de Higiene Pública em todo o Brasil.

O decreto 828/1851, foi uma extensão do 598/1850, ao propor a criação das Comissões de Higiene Pública nos estados do Pará, do Maranhão, de Pernambuco, da Bahia e do Rio Grande do Sul e nos outros estados, a criação dos Provedores de Saúde Pública, com as comissões podendo ser criadas em situações de emergência. O estatuto seguia as mesmas ideias da Junta Central de Higiene Pública como a subordinação dos Institutos Vacínicos e da Provedoria de Saúde dos Portos a Comissão de Higiene, o seu poder clínico e de polícia, com

⁵⁵ BRASIL. *Decreto nº 598, de 14 de setembro de 1850*. Concede ao Ministerio do Imperio hum credito extraordinario de duzentos contos para ser exclusivamente despendido no começo de trabalhos, que tendão a melhorar o estado sanitario da Capital e de outras Povoações do Imperio. Brasília, 1850. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=64270&norma=80175>>. Acesso em: 16 set. 2017.

vigilâncias rotineiras a qualquer casa, estabelecimento comercial e embarcações que possam oferecer suspeitas de risco a salubridade. As punições eram iguais as da Junta Central carioca: multa e em caso de reincidência, suspensão do comércio em até três meses e prisão em até quinze dias.⁵⁶

Mas um diferencial que havia no decreto 828/1851 era que ele previa uma restrição rigorosa ao exercício das pessoas responsáveis pelas artes de curar: previa que somente pessoas com diploma de medicina poderiam exercer a profissão de médico. Ele também impunha punições a pessoas que não tivessem autorização para trabalhar como farmacêuticos, como multa e fechamento do estabelecimento.⁵⁷

A chegada do Cólera ao Brasil em 1855 acabou sendo o primeiro grande teste efetivo da Junta Central de Higiene Pública e das Comissões de Higiene Pública provinciais. Mas acabou sendo um teste falho, pois as medidas e punições das comissões como multas e fechamento de estabelecimentos comerciais, obrigações de obras em casas particulares e proibição de sepultamentos em igrejas, acabaram gerando inúmeros conflitos com outras categorias, como a Câmara Municipal, a Igreja e os próprios setores comerciais, que tiveram seus poderes, crenças e influências seriamente questionadas.

Todas estas disputas mostram que o panorama brasileiro foi muito semelhante ao português. A única diferença que havia entre Portugal e Brasil, é que no primeiro não havia uma presença tão forte dos médicos populares como benzedeiros e rezadeiras, em parte pela presença menor da população africana em Portugal no período.

O ponto demonstrado no último parágrafo mostra que apesar da divisão que pretendo fazer da sociedade entre “curadores”, “vítimas” e estado, esta separação não era tão rígida. Muitos integrantes tanto dos “curadores”, das “vítimas” e do estado, tinham diferentes ideias sobre as formas de tratar as doenças.

A primeira delas, a respeito dos “curadores”, é a franca oposição entre os médicos acadêmicos e populares, onde os primeiros condenavam os segundos pela razão de suas práticas serem vistas como “ignóbeis”, isto dentro de uma política em que o academicismo procurava se impôr como a prática médica oficial. Um ponto que é ressaltado em poucas fontes, é que até mesmo dentro dos acadêmicos havia uma disputa, que era entre os que defendiam o tratamento alopático (método de tratamento em que se empregam remédios que, no organismo, provocam efeitos contrários aos da doença do paciente), e os que defendiam o

⁵⁶ BRASIL. *Decreto n° 828, de 29 de setembro de 1851*. Manda executar o regulamento da Junta de Hygiene Publica. Brasília, 1851. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html>>. Acesso em: 16 set. 2017.

⁵⁷ Ibid.

tratamento homeopático (um tipo de tratamento que utiliza as mesmas substâncias que provocam os sintomas para tratar ou aliviar vários tipos de doenças), e a metade do século XIX, é o período em que o tratamento alopático estava se impondo.

A segunda delas, sobre as “vítimas”, é justamente sobre seu modo de tratar da doença. Havia algumas diferenças entre a população mais rica e mais pobre sobre como curar o mal. Enquanto as pessoas de maiores posses recorriam a médicos particulares, a população mais pobre geralmente recorria a benzedeiros, rezadeiros e qualquer receita que poderia estar relacionada aos sintomas da doença, como ingerir caldo de galinha para repor os minerais perdidos com os sucessivos vômitos. Muito embora as pessoas de maiores posses também recorressem em menor escala aos demais “curadores”. Note-se que tanto em um caso, quanto em outro, não recorriam aos hospitais, pois estes eram vistos como abrigos aos moradores de rua, viajantes e “excluídos” da sociedade, como pessoas com transtornos mentais, prisioneiros e prostitutas.

Por fim, sobre o papel do estado, como citado nos parágrafos anteriores, havia muitas disputas entre os diversos órgãos administrativos e as outras instâncias de poder como os governos provinciais e as câmaras municipais.

É este panorama tão complexo, mas ao mesmo tempo tão rico, que mostra muito bem que as atitudes tomadas pelos diversos atores sociais foram tão importantes no andamento da epidemia do que o próprio estado sanitário.

Iremos neste capítulo retratar um panorama de quatro das principais cidades do país no período: Belém, Recife, Salvador e Rio de Janeiro. Isto para mostrar suas particularidades e como reagiram a doença para posteriormente fazer uma comparação com o caso portoalegrense.

4.1 A epidemia em Belém: o início

Belém foi a porta de entrada da epidemia no país, após o atracamento da embarcação *Deffensor* no dia 15/05/1855. Ela durou até o mês de fevereiro de 1856 e teve seu auge no mês de junho de 1855. A epidemia na capital paraense matou no total 1.050 pessoas e na província, o número foi de 5.000 pessoas. Isto é somente uma estimativa, pois em razão do grande número de mortos em pouco tempo, muitas vítimas eram enterradas sem registro e até

mesmo sem identificar o corpo, e muitas vezes eram sepultadas em valas comuns, passando “por cima” dos rituais fúnebres.⁵⁸

Para discorrermos sobre o panorama de Belém, nos basearemos no livro *Cólera: o flagelo da Belém do Grão-Pará* da autora Jane Felipe Beltrão. Ela escreveu tendo como ponto de partida os depoimentos de parentes das vítimas da epidemia do cólera que houve em Belém em 1991, cheios de impressões fortes a doença. A partir disso, a autora, baseada nos conceitos de memória social, faz um link com a epidemia de 1855, e seu impacto entre as classes mais baixas ou as “gentes”, para usar um termo utilizado por ela. Ela busca resgatar o protagonismo dos mais carentes durante a epidemia, negligenciados pelas fontes.

Através deste objetivo, Beltrão busca questionar alguns trabalhos anteriores sobre a epidemia em Belém, que na sua visão, não incluíam a visão das vítimas da doença, mostrando os doentes como meros números estatísticos. Para ela, os doentes não eram somente vítimas da doença, mas pessoas inseridas em uma determinada sociedade. As “gentes” exerciam forte autonomia, ao escolher o melhor tratamento que lhe convinha e por isso, rejeitando outros que não estavam de acordo com o que queriam. As escolhas sobre quem deveria tratar as doenças se davam de acordo com os recursos disponíveis e penetração social dos profissionais especializados na arte de curar, e não por ignorância, como alguns médicos afirmavam.

Além disso, o médico popular era geralmente do mesmo universo social do enfermo o que facilitava seu deslocamento, não tendo impeditivo de horário para visitar os pacientes, e suas prescrições estavam sempre ao alcance próximo.⁵⁹ Em comparação, os acadêmicos só apareciam em situações de extrema gravidade.

Um ponto marcante no livro de Beltrão, é que ela acusa as autoridades administrativas de se aproveitarem da epidemia para fazer uma limpeza étnica, pois os índios e negros foram mais de 80% dos mortos durante a epidemia (851 dos 1.035 mortos). Por essa razão, ela aponta que quando o *Deffensor* atracou em Belém, houve grandes desleixos por parte do governo provincial. Dentre eles estavam os fatos de não examinarem os corpos e os doentes do navio, crer no diagnóstico de seu médico, que apontava uma série de envenenamentos na embarcação e nem sequer questionar suas análises quando perceberam que ele aparentava não ser um médico de fato. Por isso, permitiu-se a entrada da embarcação em Belém, apesar de saber-se que havia uma epidemia em Portugal.⁶⁰

⁵⁸ BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera e Gentes de Cores ou o Acesso aos Socorros Públicos no Século XIX. Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 257-282, 2004b.

⁵⁹ Id. *Cólera: o flagelo da Belém do Grão-Pará*, p. 202.

⁶⁰ Ibid., p. 84.

O livro de Beltrão está inserido na teoria que relaciona os médicos e suas instituições dentro do poder econômico e político. Isso explica suas crenças sobre a “limpeza étnica” e também a relação que faz da epidemia com a Cabanagem, revolta ocorrida na então província do Grão-Pará encerrada 15 anos antes, em 1840, e que matou cerca de 30.000 pessoas na província. Esta relação se dá em razão do grande número de perdas humanas geradas pelos dois acontecimentos. Além disso, ela relaciona o Cólera com a epidemia da Febre Amarela em 1850 e a da Varíola em 1851 que juntas mataram 1.191 pessoas, cerca de 10% da população de Belém. Isto mostra que o cólera foi mais uma doença que gerou perdas.⁶¹

Sobre a questão cólera e envenenamento, Beltrão, apesar de afirmar que a não investigação dos relatórios médicos do *Deffensor* pudesse ser um indicativo de uma “limpeza étnica”, ela também abre a possibilidade de que esta falta pode representar um total desconhecimento dos médicos brasileiros a respeito da doença, já que os sintomas eram semelhantes ao envenenamento, o que gerou uma espécie de anuência em relação ao diagnóstico de Macedo. Temos que recordar que era a primeira vez que a doença atacava o país, e apesar de haver um contato dos acadêmicos com a literatura médica estrangeira (sobretudo a francesa), não havia a experiência prática nesta questão.⁶²

Também havia o temor por parte das autoridades de gerar pânico e revolta entre a população caso fosse divulgada publicamente a doença. Segundo Beltrão, os médicos já tinham contato com as notícias sobre as revoltas que houve na Europa nos anos 1830 e havia certo temor que pudesse haver casos semelhantes no Brasil.⁶³

Esta omissão e desconhecimento acabaram colaborando com sua disseminação, pois a Comissão de Higiene Pública acabou se prendendo a um debate sobre seu caráter infeccionista ou contagionista e onde ela se originou, pois havia uma suspeita sobre um navio vindo da região das Antilhas. No caso específico de Belém, os infeccionistas tinham um argumento consistente, de acordo com o período: atribuíam o clima úmido e chuvoso da Amazônia, além das cheias do Rio Amazonas que decompunham a matéria orgânica, a geração dos “miasmas”. Os contagionistas tinham o argumento de que ambientes fechados poderiam ser propícios para a propagação da doença, como foi o caso do *Deffensor*. Quem defendia um lado não reconhecia o ponto do outro, por vaidade. Só que isso fez com que os médicos “perdessem tempo”, pois enquanto discutiam, a doença fazia suas vítimas.⁶⁴

⁶¹ Ibid., p. 25; 32-33.

⁶² Ibid., p. 25; 32-33

⁶³ Ibid., p. 86.

⁶⁴ BELTRÃO, loc. cit.

Além desta disputa teórica, havia uma disputa administrativa entre os médicos da Comissão de Higiene e os chefes da Provedoria da Saúde do Porto em Portugal. Enquanto que os brasileiros afirmavam que o *Deffensor* estava atacado pelo cólera e exigiam que não chegassem novas embarcações das terras lusitanas, os portugueses em contrapartida negavam a existência da doença e continuavam autorizando a saída de navios ao Brasil. Temos que lembrar que haviam interesses comerciais entre Portugal e Brasil.

Além destas omissões, discussões e interesses, não se pode deixar de falar que o cólera se aproveitou do péssimo panorama sanitário presente no Brasil no período, e Belém não era exceção. Havia, dentre outras questões, lançamento de lixo e dejetos fecais nas ruas e rios, mau acondicionamento dos alimentos vendidos e péssimas condições de moradia da população. No caso de Belém, boa parte das pessoas livres vivia em casebres cobertos com folhas de palmeiras, quando muito, e, além disso, eram escuros, mal arejados e úmidos. As moradias dos escravos eram piores. Isto para os infeccionistas foi uma justificativa para disseminarem suas teorias que culpabilizavam as categorias mais baixas por serem, segundo eles, “portadores” dos “miasmas pestilentos” que grassava a região.⁶⁵

Essas críticas eram reverberadas pela imprensa da cidade, que atribuíam toda a culpa nas classes mais baixas. Entre estes julgamentos, estavam as suas condições de moradia, vestuário e alimentação. Isto sem contar ao fato da maioria recorrer aos médicos populares, cujos acadêmicos colocavam a culpa em boa parcela do número de mortos.⁶⁶

Isto pode ser uma demonstração que a tese que culpabilizava os mais pobres como “classe perigosa”, tão presente nas medidas “higiênicas” executadas em alguns centros urbanos brasileiros no início do século XX, já era presente entre os médicos acadêmicos na década de 1850. Entretanto, o cólera também atingiu pessoas poderosas como o próprio presidente da província, Ângelo Custódio Correia, que faleceu quando tentava prestar auxílio ao combate na cidade de Cametá, onde a situação era mais grave.

As medidas recomendadas pelos médicos da Comissão de Higiene para combater a cólera estavam desde a indicação de álcool camforado para desinfetar as roupas e casas dos mais pobres, passando pelos sinapismos e chegando até a sangria (sanguessugas) e flagelação com urtigas! Vale ressaltar que a sangria era utilizada tanto pelos acadêmicos quanto pelos populares. A homeopatia, tão condenado pelos médicos acadêmicos da Comissão de Higiene, foi muito utilizada entre a população. Havia outras recomendações de setores da Comissão para receita por alguns acadêmicos, vistas como menos custosas e agressivas, como privar o

⁶⁵ Ibid., p. 130.

⁶⁶ Ibid., p. 131.

enfermo de consumir alimentos sólidos, e só se alimentar de caldos e canjas de galinha.⁶⁷ O uso de caldo de galinha para combater o cólera foi utilizado largamente no período.

Ainda sobre as formas de cura, Belém tinha algumas particularidades em relação ao resto do país. Aproveitando-se do fato de que ela se localizava na Amazônia, muitos médicos populares utilizavam-se de inúmeras plantas presentes na floresta para fazer chás, xaropes e infusões. Isto era uma influência da medicina indígena. Os populares receitavam também a ingestão de sumo de limão, que era utilizado em larga escala, segundo a imprensa do período. Sobre eles, aliás, a administração pública, frente à ausência de médicos acadêmicos em toda a província do Pará, permitiu aos populares exercer seus serviços para combater a doença.⁶⁸ Isto gerou oposição dos acadêmicos, que acusavam o governo de promover a “ignorância”.

Vale ressaltar que a ideia de “ignorância” era uma influência da teoria iluminista, que defendia a razão e conhecimento como “motor” do progresso social. Os médicos reivindicavam ser uma das “vanguardas” deste progresso, e tentavam promovê-lo através de medidas públicas sobre a vida privada como proibir atividades dos médicos populares.⁶⁹

Outra questão privada que era questionada pelos acadêmicos e até mesmo pelas autoridades, como já citado, eram os sepultamentos em igrejas (em razão dos “miasmas” que poderiam ser gerados pelos corpos), recomendando a criação de cemitérios fora do perímetro urbano. Esta medida mexeu com uma forte tradição, gerando incômodos entre a população.⁷⁰

Para resumir, o combate a epidemia em Belém e as tentativas de formas de cura se basearam pela improvisação, frente à quase inexistência de médicos acadêmicos (a Comissão de Higiene tinha 23 médicos e 10 farmacêuticos para uma província de 247.248 pessoas), e as medidas de combate a epidemia só começaram a ser efetuadas meses após a chegada, segundo Beltrão. Tudo isto, acabou na disseminação do cólera em Belém. Este panorama foi praticamente igual em todo o resto do país.

A falta de fiscalização dos portos que fez com que a epidemia saísse de Portugal para o Brasil, foi presente nos portos brasileiros, o que ajudou a doença a se espalhar pelo país.

4.2 A epidemia em Salvador

Para relatar sobre a epidemia em Salvador, nos basearemos na dissertação de mestrado *O inimigo invisível: a epidemia de cólera da Bahia em 1855-1856* de Onildo Reis David,

⁶⁷ Ibid., p. 149.

⁶⁸ Ibid., p. 54; 196, 198.

⁶⁹ FARIAS, op. cit., p. 36.

⁷⁰ BELTRÃO, op. cit., p. 154-155.

defendido na Universidade Federal da Bahia. David escreveu esse texto em 1993, em uma época em que o Brasil passava por uma reaparição do cólera, afetando cidades como Belém e Salvador. O próprio autor se baseia nesta contemporaneidade, para justificar o tema de sua dissertação, ao analisar como os médicos e a sociedade lidaram com a epidemia de 1855. Além disso, David faz um relato muito diferente do que normalmente era produzido a respeito dos médicos acadêmicos, pois ao invés de mostrá-los como verdadeiros “super-heróis” ou movidos a pensamentos fechados que desprezavam outras formas de agir e pensar diferente deles, David afirmava que eles também tinham suas dúvidas e medos, mostrando que quando a epidemia começou a se disseminar, muitos deles adotaram uma postura de “salve-se quem puder”, fugindo dos locais de epidemia.⁷¹ Além disso, ele também fala sobre as medidas adotadas pelo governo e o papel da medicina e da religião no período.

Segundo David, os primeiros casos da doença surgiram em 21/07/1855, data em que a Comissão de Higiene admite a existência da doença em Salvador, com os registros começando a diminuir a partir de novembro de 1855 e se extinguindo em abril de 1856, deixando um saldo de 36.000 mortos na Bahia. Isto era mais da metade da população de Salvador do período, que segundo estimativas, eram de 56.000 pessoas. Tudo começou quando alguns habitantes começaram a falecer repentinamente vitimados pela doença na região do Rio Vermelho (atual bairro de Salvador). Ela começou a crescer a partir do final de agosto e terminou seu ápice três meses depois.⁷² Salvador, assim como a maioria das cidades brasileiras, enfrentava graves problemas de limpeza pública, pois seu sistema de canalização ainda estava em fase inicial (começou em 1852) e assim como no resto do Brasil, sequer existia rede de esgoto. Existiam chafarizes em alguns pontos da cidade, mas mesmo sendo uma solução para o abastecimento de água para a população, eles não estavam longe da insalubridade. Era constante a lavagem de roupas nelas, assim como eram feitas fezes nelas.⁷³

Além disto, não se deve ignorar a precariedade do atendimento médico, e as moradias precárias da maioria da população (que tinha o detalhe curioso de muitas serem feitas tendo como base as encostas do morro que separa Salvador em “cidade alta” e “cidade baixa”, se utilizado do morro como parede). Tudo isto colaborava para a cidade ser um grande “polo” de doenças epidêmicas como a Febre Amarela, que matou cerca de 2.000 pessoas em toda a província em 1850, e o Cólera.⁷⁴

⁷¹ DAVID, op. cit., p. 10.

⁷² Ibid., 7-8.

⁷³ Ibid., p. 18-20; 25.

⁷⁴ Ibid., p. 18-20; 31.

Quando chegaram a Salvador as primeiras notícias do Cólera em Belém, em junho de 1855, a medida tomada pela Comissão de Higiene da Bahia foi a mesma das outras províncias: a adoção de quarentena nos barcos que atracavam no porto soteropolitano vindos de cidades contaminadas.

Além disso, tentou-se acabar com alguns focos de contágio, mas havia o problema da responsabilidade dividida entre diversos órgãos públicos: as retiradas dos entulhos de lixo nos locais públicos ficavam a cargo da Comissão de Higiene, a limpeza das ruas ficava a cargo da municipalidade, enquanto que a vistoria das casas e quintais particulares ficava a cargo da polícia.⁷⁵ Às vezes os particulares donos das residências poderiam ser responsáveis também pela conservação das ruas. Salvador não era uma exceção, pois na maioria das cidades havia esta questão de diferentes atribuições para funções interligadas. Mas não se tem registros de maiores conflitos entre os órgãos, pois segundo David, todos os grupos exerceram uma atividade de complemento um ao outro.⁷⁶

Outra questão que igualou a capital baiana as outras grandes cidades brasileiras, foi o fracasso das medidas de prevenção. Segundo relatórios do governo provincial, se afirmava que elas foram completamente “mal dirigidas” e “infrutíferas”. Isto sem contar que a imposição da quarentena nas embarcações atracadas no porto de Salvador foi completamente mal recebida.⁷⁷

Muito deste fracasso vinha do fato que muitas medidas feriam interesses particulares. Como os médicos acreditavam que a doença se originara dos “miasmas”, eles atacavam as criações de porcos e gado nas residências, e o comércio de carne com péssima qualidade, pois todos estes negócios eram realizados precariamente.⁷⁸ Isto afetou muito os interesses de comerciantes (grandes e pequenos) e particulares, que se viam “invadidos” por esta iniciativa.

De acordo com a análise de David sobre matérias feitas pela Comissão que saíam na imprensa baiana, não consta que a população em geral tenha sido inteiramente informada sobre o cólera. A comissão fazia publicações somente sobre cuidados preventivos, como higiene pessoal, limpeza das residências e cuidados alimentares. Não havia nenhuma informação sobre os sintomas, nem sobre os primeiros socorros. Essas lacunas nas informações eram em razão do medo de setores do governo e dos médicos acadêmicos de haverem revoltas ou pânico generalizado.⁷⁹

⁷⁵ DAVID, op cit, p. 42.

⁷⁶ Ibid., p. 49-50.

⁷⁷ Ibid., p. 43.

⁷⁸ Ibid., p. 56.

⁷⁹ Ibid., p. 43-44.

O panorama de incerteza só piorava com a falta de regularidade nas medidas de combate a doença e a fuga de médicos e autoridades com medo de contágio. As fugas em massa cresciam à medida que aumentava o número de vítimas da doença. Em Salvador, houve um registro de um caso em que um médico, ao visitar um hospital, encontrou alguns cadáveres espalhados no chão e ao questionar um enfermeiro presente sobre isto, este argumentou que havia cinco dias que não aparecia um médico e que não sabia o que fazer com os corpos.⁸⁰ Isto é um exemplo de uma particularidade de Salvador, pois não encontrei em minhas pesquisas, uma fuga de médicos em outras províncias no período.

Além disso, havia outras particularidades. A capital baiana sediava uma das duas faculdades de medicina no Brasil no período. E isto foi bastante aproveitado pela administração local. O governo provincial chegou a convocar inúmeros professores e acadêmicos da Faculdade para orientar sobre como combater a doença, enquanto que a polícia aplicava as punições das infrações apontadas pelos médicos. Em agosto de 1855, quando a epidemia começou a se espalhar, as aulas da faculdade foram suspensas e seus professores e alunos foram recrutados para trabalhar nos diversos postos sanitários que passaram a ser instaladas em toda a província e verificar as condições de salubridade das residências.⁸¹

Segundo David, estas vistorias eram muito mais frequentes nas zonas centrais de Salvador, enquanto que nas periferias, era mais raro, por diversos motivos: medo de contrair a doença, pelas casas mais pobres serem mais “inadequadas”; e exigência de salários maiores para fazer o serviço, frente ao maior risco de contrair a doença.⁸² A medida com que a epidemia avançava pelo interior baiano, muitos médicos se negavam a visitar estes lugares, contrariando determinações do governo provincial, o que gerou uma enorme lentidão no atendimento da região.⁸³

Outra questão que até onde se sabe foi mais presente na Bahia do que nas outras províncias foi a repercussão forte sobre o comércio em razão da morte ou fuga de trabalhadores e produtores ligados a produção e transporte de alimentos, o que gerou uma crise de abastecimento em boa parte da província.⁸⁴ Os poucos alimentos que estavam disponíveis, eram vendidos a preços altíssimos como, por exemplo, a farinha de mandioca, o feijão e a carne de boi, itens básicos da dieta baiana.⁸⁵

⁸⁰ DAVID, op cit, p. 7-8.

⁸¹ Ibid., p. 9.

⁸² Ibid., p. 49-50.

⁸³ Ibid., p. 55.

⁸⁴ Ibid., p. 8.

⁸⁵ DAVID, op cit, p. 27.

As medidas recomendadas pelos médicos eram diversas. Muitos recomendavam óleo de ricínio e ervas para estimular o vômito. Acreditava-se por parte de alguns médicos que o cólera era um envenenamento miasmático, e a melhor forma de acabar com o mal, era expulsar o veneno através dos vômitos. O ópio foi muito utilizado como paliativo para aliviar as dores musculares causadas pela doença, algo que era previsto por Chernoviz. Até mesmo uma tática nova chegou a ser sugerida pela Comissão: choques elétricos! ⁸⁶ A lista de medicamentos era extensa: essência de hortelã, pimenta (que esfregada no paciente quando ele sentia calafrios), semente de mostarda e cravo da índia.

Para a igreja, o cólera era fruto dos pecados da população. Para combater a doença, confissões e procissões eram necessárias, pois somente assim, Deus poderia perdoar os pecadores. Segundo David, o arcebispo de Salvador, Romualdo Antônio de Seixas, ao afirmar isso, buscar impor o temor de Deus através do temor do cólera, buscando garantir os fieis dentro dos sacramentos da igreja. Várias procissões foram realizadas no auge da epidemia. ⁸⁷

Sobre este último ponto, os acadêmicos taxavam estas atitudes como “superstições”. Isto foi um ponto que predominou entre os textos acadêmicos nos anos posteriores a 1855, que foi sua posição de distinção intelectual em relação ao resto da população. Um exemplo é a tese de Domingos Rodrigues Seixas, “Da cholera-morbus epidemica de 1855 na Provincia da Bahia”, onde não faltavam frases como “massa ignorante”, “espírito supersticioso dos habitantes” e “fanáticos pelas ideias de castigo ou punição eterna” que somadas, seriam “ideias errôneas” responsáveis por “apressar a morte dos pacientes”. ⁸⁸

Em resumo, a Bahia não estava preparada para enfrentar o cólera. As precárias condições de higiene, a pauperização do seu povo, a falta de diligencia do governo nas medidas preventivas, o pouco conhecimento dos médicos sobre a doença, tudo isso contribuiu para que a provincia fosse atingida de forma virulenta pela peste.

4.3 A epidemia em Recife

As revoltas populares que poderiam ser geradas pelo cólera, tão temidas pelas autoridades, não chegou a acontecer no Brasil. Mas houve uma exceção, em Recife, onde a revolta gerada não se deu em razão de suspeita de envenenamento, como na Europa, mas sim, em razão da proibição de um médico popular em exercer seu ofício.

⁸⁶ Ibid., p. 91-93.

⁸⁷ Ibid., p. 97-98.

⁸⁸ Ibid., p. 11.

Para explicar esta questão, temos que mencionar que a epidemia chegou em Recife nos idos de 1855, deixando um saldo de 3.338 mortos na cidade e matando cerca de 37.000 pessoas na província. Curiosamente a epidemia teve seu auge em fevereiro e março de 1856, quando a epidemia já tinha se dissipado no resto do país, e se extinguido em junho de 1856. A razão disso, é que a doença chegou via Sergipe através das estradas de ligação, passando por Alagoas antes, em um “retorno” da doença a atual região nordestina após passar pelo sul do país. Ela acabou se aproveitando do fato da capital pernambucana ser uma cidade cortada por diversos rios, cercada de mangues, e assim como no resto do país, não possuir serviços básicos de recolhimento de lixo, abastecimento de água e rede de esgotos (que somente surgiram na década de 1870 na capital pernambucana). Além disso, outra semelhança que Recife tinha com outras cidades, era o fato de ter um grande aglomerado em um exíguo espaço físico, com a maioria da população vivendo em cortiços, que em Recife era chamado de mucambos. Recife também vinha de uma série de epidemias como a Febre Amarela em 1850, mostrando que a capital pernambucana era “veterana” em doenças “coletivas”.

É neste panorama de dor, morte e sofrimento que surge em fevereiro de 1856 a figura do Pai Manoel, um escravo do engenho Guararapes que também era curandeiro, segundo Ariosvaldo Diniz, que em seu texto *As artes de curar nos tempos do cólera: Recife, 1856* explica esta questão.⁸⁹ Pai Manoel foi apenas um exemplo da medicina do período: com poucos médicos acadêmicos disponíveis e com estes falhando na maioria dos combates as epidemias, havia uma concorrência com a popular, sendo que em Recife, havia diversos médicos populares que também eram escravos ou negros libertos.⁹⁰

Pai Manoel começou a ter um grande prestígio em razão de suas curas atribuídas através de seus chás de plantas, dietas de carne assada com pirão e banhos frios. Diziam que no engenho onde vivia, não houve nenhum caso da doença. Sua fama era tão grande que as autoridades, temerosas de um motim, permitiram que ele pudesse exercer seu ofício no Hospital da Marinha do Recife, que atendia em sua maioria, negros e pobres.⁹¹ Isto demonstra que as leis criadas na época que obrigavam que somente formados em medicina pudessem exercê-la, poderiam muito bem ser desrespeitadas pelas autoridades de acordo com os interesses dos atores sociais.

⁸⁹ DINIZ, Ariosvaldo da Silva. *As artes de curar nos tempos do cólera: Recife, 1856*. In: CHALHOUB, Sidney et al. (Orgs.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora UNICAMP, 2003, p. 355.

⁹⁰ FARIAS, op. cit., p. 36.

⁹¹ DINIZ, op cit, p. 356.

Claro que esta medida teve a oposição da Comissão de Higiene pernambucana, que acusava o governo provincial de promover o charlatanismo e desrespeitar a lei 828/1851. Esta medida levou a uma renúncia coletiva dos integrantes da comissão, que se sentiam desrespeitados com a impunidade ao charlatanismo. Em razão deste desconforto e por falecer alguns pacientes no Hospital da Marinha que estavam sob os cuidados do Pai Manoel, as autoridades que antes permitiam suas atividades, passaram a proibí-lo, inclusive chegando a prendê-lo.⁹² Sobre este ponto, é interessante notar a dualidade da administração pública em relação aos médicos populares. Eles podiam ser vistos como necessários como uma forma de complemento, mas quando esses começavam a falhar, os governantes se voltavam contra eles.

Logo após a sua prisão, uma série de revoltas – tão temidas – aconteceram por toda a cidade de Recife no final de fevereiro de 1856. Houve diversas ameaças a membros da Comissão de Higiene e a farmácias. Todos motivados pela ideia de que o governo e os médicos pretendiam realizar um genocídio contra a população negra e pobre. Acreditava-se que este “genocídio” seria para colocar os imigrantes europeus brancos em seu lugar. Setores da igreja endossavam este argumento.⁹³ Mas setores administrativos, médica e a imprensa afirmavam que a epidemia atingiu todos os sexos, idades e condições sociais.⁹⁴

Segundo Diniz, a crença era reforçada pela ideia defendida pelos acadêmicos e autoridades de que as pessoas mais pobres eram as principais culpadas da doença.⁹⁵ A revolta durou cerca de três dias, terminando com a soltura do “curandeiro” e após isso, o Pai Manoel desapareceu de forma tão misteriosa quanto apareceu.

Diniz ressalta que o cólera teve diversas interpretações de acordo com cada ator social: resultado da péssima higiene e hábitos da população de acordo com os médicos acadêmicos; de tentativas de genocídio da administração contra a população mais pobre por parte dos populares; e de castigo divino pelos pecados do ser humano por parte da igreja. Tudo isto mostra, segundo Diniz, que o cólera serviu para condenar certos setores ou atitudes.⁹⁶

No entanto, tanto os médicos quanto os religiosos e leigos concordavam que as medidas de prevenção não teriam impacto se a população em geral tivesse medo da doença, e havia alguns elementos que geravam este sentimento e que partiam principalmente da igreja. Tudo o que não queriam era o pânico generalizado entre a população. Assim como em Salvador, havia muito sacerdotes que em suas missas criticavam os pecados da população,

⁹² DINIZ, loc. cit.

⁹³ Ibid., p. 371.

⁹⁴ FARIAS, op. cit., p. 47.

⁹⁵ DINIZ, op. cit., p. 371.

⁹⁶ Ibid., p. 360.

mostrando o cólera como um castigo divino; diariamente em Recife eram realizadas diversas procissões para solicitar o fim da epidemia e a cura dos enfermos e homenagear os mortos. Além disso, era constante o badalar dos sinos a cada notícia de morto ou enfermo. Tudo isto colaborava para um impacto visual que a epidemia poderia gerar. Frente a isto, a Comissão de Higiene pernambucana criou medidas para proibir a badalar dos sinos e restringir as procissões, no que foi acatado.⁹⁷

Estas restrições ao medo geraram uma mudança no panorama dos enterros do período: antes cercados de pompas e simbolismos, durante a epidemia eles passaram a ser feitos de maneira rápida e sem cerimônias, frente ao grande número de mortos e a ideia dos “miasmas” que poderiam ser gerados pelos corpos. Muitos corpos eram simplesmente abandonados pelas famílias.⁹⁸ A epidemia mudou os funerais, que de enterros longos e sepultamentos em igrejas, passaram a ser enterros curtos e sepultamentos em cemitérios extramuros.

Assim como em Belém e a exemplo de outras cidades do país, foram feitas diversas medidas para evitar a disseminação da doença como quarentenas aos navios e limpezas das ruas, que se baseavam na improvisação e que falharam miseravelmente.

Durante as décadas seguintes, várias medidas foram realizadas em Recife para barrar uma nova epidemia: montar uma companhia de trabalhadores para realizar diversas obras de limpeza, calçamento das ruas da cidade e por fim, a construção de redes de esgotos e água encanada,⁹⁹ no que de certa forma, acabou tendo êxito.

4.4 A epidemia no Rio de Janeiro

O cólera começou a atacar a então capital do Brasil em julho de 1855, dois meses após a chegada dela no país e ao mesmo tempo em que começava a atacar Salvador. Ela chegou por intermédio de um escravo vindo de Belém que faleceu no dia 18/07/1855. Em agosto do mesmo ano, foi declarada oficialmente a epidemia na região, cujo ápice foi entre os meses de setembro a novembro do mesmo ano, onde o número de mortos ficava entre setenta a oitenta por dia. A epidemia começou a diminuir em dezembro de 1855, e os últimos casos ocorreram em junho de 1856, totalizando o número de 4.828 pessoas mortas na cidade do Rio de Janeiro, um número maior que qualquer epidemia anterior. Destes 4.828, 2.513 eram escravas.¹⁰⁰

⁹⁷ FARIAS, op. cit., p. 126.

⁹⁸ Ibid., p. 127.

⁹⁹ Ibid., p. 128.

¹⁰⁰ KODAMA, Kaori. Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar. *História, Ciência, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 59-79, dez. 2012.

A respeito do número de vítimas da doença, Kodama ressalta que existem algumas discrepâncias: o número de 4.828 pessoas foi estimado em 1873, por um autor chamado José Pereira do Rêgo. Houve fontes primárias pesquisadas pela autora que apontam um total de 93% do número estimado por Rêgo, mostrando que as discrepâncias não eram gritantes.¹⁰¹

Kodama afirma que a epidemia afetou um número maior de negros escravos e livres do que o resto da população. Segundo um censo feito em 1849, o número de negros (tanto cativos ou não) representava 49.3% da população, mas o número de vítimas, conforme pesquisado no livro de óbitos do Cemitério São João Xavier e São João Batista era de 62.5%. Ao contrário de outros autores, Kodama não afirma que a epidemia tinha alvos direcionados como as camadas mais baixas, pois houve um significativo número de perdas entre as pessoas de camadas mais altas.¹⁰²

Kodama em seu texto, foca na questão dos escravos e negros livres durante a epidemia, já que eles foram a maioria das vítimas. A autora cita relatórios de integrantes da Junta Central de Higiene Pública, que afirmavam que a doença no Rio de Janeiro atingiu muito mais os negros livres e escravos, em razão das péssimas condições de vida, moradia, alimentação e trabalho.¹⁰³

Como aponta Kodama, muitos médicos do período acusaram os mais pobres e escravos de serem os reponsáveis pela doença, como o caso do médico Antônio José Peixoto, que ao escrever na imprensa no final de 1855, apontou que essas pessoas só recorriam ao médico na última hora, quando já não havia mais possibilidade de salvar a vítima. Apesar desta visão mais depreciativa, ela corrobora com a ideia de que a maioria dos enfermos buscava outras formas de medicação a partir de conselhos de vizinhos, mostrando aí, uma rede que existia entre os coléricos e as pessoas que o cercavam.¹⁰⁴

Além disso, muitos coléricos tinham a esperança de se curar com automedicação e conselhos de vizinhos, apesar de no caso do Rio de Janeiro, serem oferecidos atendimentos e remédios gratuitos por parte dos médicos. Essa escolha dava-se muito em razão dos doentes mais pobres terem uma desconfiança dos médicos acadêmicos. Para criar uma contrapartida a isso, chegaram a ser criados diversos postos médicos pela cidade, sendo um total de 17. Além disso, durante a epidemia de cólera, a Santa Casa estava obrigada por decreto a criar enfermarias especiais em diferentes freguesias da cidade para receber coléricos.¹⁰⁵

¹⁰¹ Ibid., p. 67.

¹⁰² KODAMA, loc. cit.

¹⁰³ Ibid., p. 62.

¹⁰⁴ Ibid., p. 64.

¹⁰⁵ Ibid., p. 62.

Mas não eram somente os escravos que eram vítimas da doença. Kodama afirma que algumas profissões estavam mais suscetíveis a contrair a doença, como lavadeiras, pescadores e marinheiros. Isto se dava em razão do cólera ter como transmissor a água, algo que se sabe pela medicina de hoje. Outra categoria laboral fortemente atingida, foram os militares, embora Kodama não saiba o motivo exato deles serem sidos mais atingidos que outros.¹⁰⁶

Kodama ressalta que no período da epidemia, muitos costumes e crenças acabaram sendo desrespeitados, como os enterros, onde em uma população majoritariamente católica, era sempre feita de acordo com seus preceitos, como sepultamentos em igrejas, “encomendação” dos corpos ao céu mediante a presença de padres. Segundo Kodama, um leitor de Niterói denunciou ao jornal *A constituição* em 18/08/1855, um acontecimento com sua esposa: recém-falecida do Cólera, seu corpo foi simplesmente raptado por policiais e sepultado em um terreno nos limites da cidade, a 10 palmos do chão, sem receber sacramento, sendo que o mesmo tinha ocorrido com sua sogra. Esta denúncia é apenas uma amostra da disputa entre as crenças da população sobre uma “boa morte” e as autoridades médicas, que queriam implantar suas medidas sanitárias sob qualquer custo.¹⁰⁷

Ao contrário do que foi relatado sobre a cidade de Belém e Salvador, onde houve uma fuga de médicos e autoridades, não se tem registros que tenha ocorrido o mesmo no Rio de Janeiro, que na época era a capital do país. Inclusive, o próprio imperador, D. Pedro II, optou por permanecer na cidade e visitou hospitais onde estavam internados os coléricos.

4.4.1 Teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

Além de ser a capital do país, Rio de Janeiro também sediava uma faculdade de medicina. Entre 1856 e 1858, nada menos que dez teses foram publicadas sobre o cólera, não havendo um consenso sobre a origem e transmissão da doença. Destas, 3 defendiam a tese contagionista, 5 defendem a tese infeccionista e 2 tem conclusão indefinida sobre a origem da doença.¹⁰⁸

Além deste desconhecimento, as teses ajudam a revelar muito do pensamento médico-acadêmico que havia no período, pois muitos dos professores (que orientavam os trabalhos)

¹⁰⁶ KODAMA, Kaori. Geografia da cólera: a corte e seus arredores durante a epidemia de 1855. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 26., 2011, São Paulo. *Anais...* São Paulo: ANPUH, jul. 2011, p. 7.

¹⁰⁷ Ibid., p. 3.

¹⁰⁸ FRANCO, Sebastião Pimentel; LIMANOGUEIRA, André Luís. Entre livros, lentes e miasmas: as teses médicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a epidemia de cólera (1855-1856). *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 67-87, jan./jun. 2016.

estavam inseridos na burocracia estatal e coordenaram algumas decisões administrativas e os autores citados, tinham conceitos que foram muito seguidos pelos médicos acadêmicos.

Franco e Limanogueira, ao analisar as teses dos autores Soeiro de Faria, José de Antônio Godoy Botelho e Henrique de Holanda Cavalcanti Albuquerque (que tem o mesmo nome, *Do cholera morbus, sua sêde, natureza e tratamento, será contagioso*), relata que os três citavam o médico francês François-Joseph-Victor Broussais (1772-1838), que afirmava que as todas as doenças seriam provenientes de “irritações” no aparelho digestivo provocadas por estímulos internos ou externos, como o “clima”, e até mesmo o comportamento moral. Para curar as doenças, ele recomendava o uso de sanguessugas e “dietas energéticas”.¹⁰⁹ Isto mostra que ao contrário do que muitos trabalhos afirmam, havia uma sintonia da Faculdade com o que estava sendo produzido de novas pesquisas médicas naquele momento na Europa.

Mas acima destes autores europeus, estava uma principal fonte de referência, o brasileiro Francisco de Paula Cândido (1805-1864), que era professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, integrante do conselho do Imperador D. Pedro II e primeiro presidente da Junta Central de Higiene Pública entre 1850 e 1864, quando morreu. Ou seja, era um dos principais coordenadores das políticas de combate ao cólera.

Paula Cândido afirmava que a principal causa eram os miasmas e que atingiam muito mais os mais pobres em razão das más condições de moradia, por serem “ignorantes” e não praticar as regras de higiene.¹¹⁰ Outra questão defendida por Paula Cândido alunos é sua forma de cura. Ele se utilizava das formas de se tratar os mesmos sintomas da doença, como os vômitos, que comumente se repõe os sais minerais perdidos, usando o caldo de galinha.

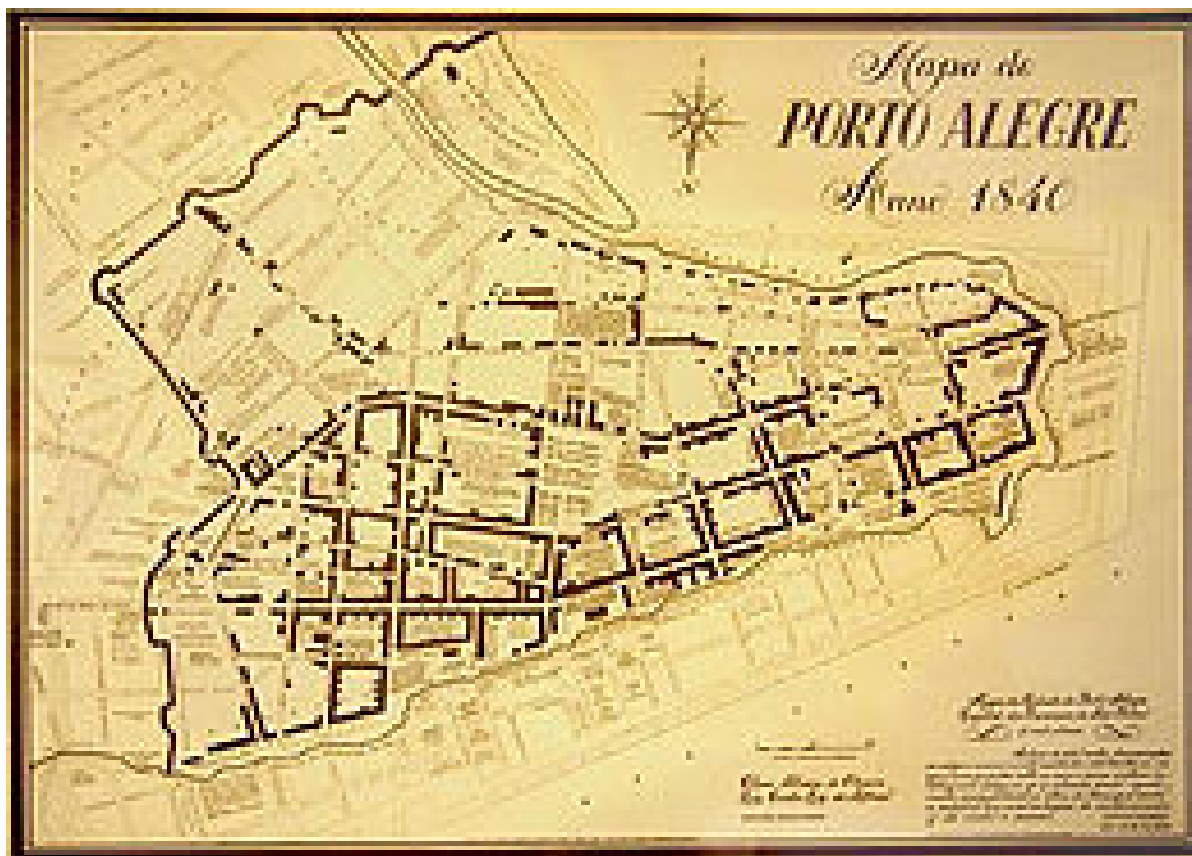
Como podemos ver, apesar de existir algumas diferenças entre estas quatro cidades, havia muita semelhança entre elas, como o péssimo estado sanitário nos municípios, a improvisação das medidas de combate, a culpabilização das camadas mais pobres pela epidemia, a condenação por parte dos médicos acadêmicos aos médicos populares, a influência da igreja na sociedade e a precariedade do comércio de alimentos. E estes itens também foram muito presentes no Rio Grande do Sul, quando a epidemia chegou no final de 1855, através da embarcação *Imperatriz*, vinda do Rio de Janeiro. A epidemia em Porto Alegre foi uma das maiores tragédias em matéria de saúde na história da cidade, e o ocorrido acabou marcando as futuras políticas sanitárias.

¹⁰⁹ Ibid., p. 72.

¹¹⁰ Ibid., p. 79.

5 O CÓLERA EM PORTO ALEGRE

Figura 2 – Mapa de Porto Alegre em 1840



Fonte: Mapa de Porto Alegre em 1840 (MAPA..., 2009). Não houve muita alteração na malha urbana entre 1840 e 1855, sendo a mudança mais significativa a retirada das muralhas (que no mapa estão demarcadas em preto-forte circundando a atual área do centro da cidade de Porto Alegre) no final da Guerra dos Farrapos.

Segundo a autora Nikelen Acosta Witter, durante um ano, a epidemia assolou o Império: desceu pelo litoral infectando o Nordeste, a Corte no Rio de Janeiro e chegando até o extremo sul, atingindo o Rio Grande do Sul na segunda quinzena de outubro de 1855, através do porto de Rio Grande pelo veleiro *Imperatriz* vindo do Rio de Janeiro. Ela se espalhou principalmente por dois motivos: a precariedade da medicina que não conseguia identificar totalmente as causas da doença, e a tentativa por parte do governo imperial e das províncias de minimizar a doença para não gerar pânico e revoltas entre a população. Além disso, havia também a questão da disputa de poder entre os políticos, os médicos acadêmicos e os médicos populares, sobre quem ocuparia os postos-chaves das políticas de saúde e a oposição de

alguns setores as medidas da Comissão de Higiene.¹¹¹ O primeiro caso fatal da doença em Porto Alegre foi no dia 30/11/1855 e teve seu ápice entre os meses de dezembro de 1855 e janeiro de 1856, sendo que houve registros da doença até abril de 1856, quando foi oficialmente declarada extinta.

Apesar da lei já existir desde 1851, a instalação da Comissão de Higiene Pública no Rio Grande do Sul só se deu em 04/05/1854, e criada conforme nos decretos federais nº 598/1850 e nº 828/1851, tendo como presidente Manoel Pereira da Silva Ubatuba e os médicos Manuel José de Campos e Thomaz Lourenço Carvalho de Campos como os outros dois integrantes do órgão. Ela tinha como funções, apontar soluções para os problemas de salubridade pública, que seriam analisadas pelas Câmaras Municipais e posteriormente, ser convertidas em posturas públicas.¹¹²

Após a criação da Comissão, Ubatuba, criou um *Mapa Necrológico* para descobrir quais as possíveis causas de tantas doenças intestinais na cidade, pois a diarreia crônica era uma causa comum de morte no período.¹¹³ A comissão, assim como as similares nas outras províncias, tiveram inúmeros desafios pela frente, pois em seus primeiros relatórios, já constata a fragilidade do estado frente a qualquer tipo de epidemia.

5.1 Panorama sanitário e médico da cidade

Os anos 1850 eram anos de reconstrução da província depois dos 10 anos da Guerra dos Farrapos e junto com isto, estavam presentes também os novos ideais civilizatórios (reforma higiênica e moral, aos moldes europeus), que se traduziam em regulamentar as leis sobre enterros, venda de alimentos, abastecimento de água e hospitais. Isto resultou na construção de um trapiche sobre o Rio Guaíba (que banha a cidade) para tentar solucionar o problema da água potável e a inauguração do novo cemitério da Santa Casa em 1850, localizada fora dos limites da cidade, uma promessa que vinha desde o final da Guerra. Ele substituiu o velho cemitério localizado nos fundos da Igreja Matriz (atual Catedral Metropolitana), um aglomerado de corpos em um espaço exíguo e íngreme e que tinha o

¹¹¹ WITTER, op cit., p. 51-53 e 55-56.

¹¹² PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, João Lins Vieira Cansansão de Sinimbu, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 2 de outubro de 1854*. Porto Alegre: Mercantil, 1854. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/883/000034.html>>. Acesso em: 16 set. 2017.

¹¹³ RÜCKERT, Fabiano Quadros. Os médicos e a higiene pública na imprensa do Rio Grande do Sul: entre a teoria dos miasmas e a teoria da transmissão hídrica das doenças. *História Unicap*, Recife, v. 1, n. 1, p. 74-90 jan/jun. 2014, p. 76.

problema de exalar fedores vindos dos mortos que costumavam ser enterrados em cova rasa. Isto gerava o ocorrido de pedaços dos corpos ficarem descobertos e segundo relatos do período, cachorros rotineiramente invadiam o cemitério, arrancavam estes pedaços pela boca e saíam pela cidade, gerando cenas grotescas.¹¹⁴ A abertura deste novo local para sepultamentos foi uma medida defendida pelos infeccionistas, sendo um dos pioneiros no país, pois a maioria dos cemitérios extramuros do Brasil foram feitos após a epidemia de cólera. Ele se adequava a todas as determinações: sepultar os mortos fora das cidades, em lugares elevados e fora da rota dos ventos que soprassem sobre a cidade.

Como no resto do país, Porto Alegre possuía um péssimo estado sanitário. Saint-Hilare em 1820, afirmou, ao visitar Porto Alegre, que “nunca havia encontrado cidade tão suja, mais do que o Rio de Janeiro” e que “As encruzilhadas, terrenos baldios e as margens do lago são entulhadas de lixo”.¹¹⁵

As ruas de Porto Alegre nos anos 1850 eram cheias de lixo, mostrando que 30 anos após as observações de Saint-Hillare, nada havia mudado. O aspecto da região portuária piorava a cada ano, pois um decreto de 1830 permitia que os dejetos, no lugar da rua, eram para serem jogados no próprio rio! Apesar de parecer muito estranho este decreto hoje em dia, temos que lembrar que não havia rede de esgotos na cidade (que somente começou em 1912), nem um local que poderia servir de lixão. Os rios na maior parte do mundo serviam apenas como esgoto.¹¹⁶

O sistema de coleta de lixo regulamentado só começou a surgir em Porto Alegre na década de 1870, sendo consolidado no final do século XIX. No período do cólera, ou seja, na década de 1850, haviam três pontos oficiais (regulamentados em 1837) para o despejo de lixo, onde ficam atualmente o Paço Municipal, o Mercado Público e a praça Rui Barbosa. Eles recebiam os dejetos de toda a cidade, sempre recebendo grandes quantidades por dia. Estes pontos de lixo iam direto para o rio, colaborando para aquele que foi um dos principais focos do cólera em Porto Alegre: o Guaíba.¹¹⁷ Mas a população não depositava o lixo somente nos pontos oficiais. Como já dito, muitas pessoas jogavam seus lixos na rua mesmo, para contragosto das autoridades médicas.

¹¹⁴ WITTER, op. cit., p. 154; 155 e 158.

¹¹⁵ COSTA, Telmo Cardoso. *Pequena História da Limpeza Pública na Cidade de Porto Alegre*. Porto Alegre: Departamento de Limpeza Urbana, Assessoria de Comunicação Social, 1983, p. 11.

¹¹⁶ WITTER, op cit., p. 255-256.

¹¹⁷ BITENCOURT, Daiane Brum. *Para sua saúde e vigor: práticas de cura e medicamentos populares em Porto Alegre (1776-1936)*. 2011. 154 f. Dissertação (mestrado em História, área de concentração em Arqueologia) – Programa de Pós-Graduação em História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011, p. 49.

Apesar desta permissão de jogar lixo no Guaíba, havia o problema do próprio rio ser a fonte direta da água que a população bebia, sem passar por tratamento antes, o que era extremamente nocivo a saúde. Além disso, costumava limpar as vestimentas nele, inclusive de enfermos. Como se sabe pela medicina atual que o Cólera se contrai pela ingestão de água contaminada, ela pode ter sido uma das causas da epidemia. Isto era atestado pelo presidente da província, Barão de Muritiba, pois o Guaíba tem características de um lago, sem maiores circulações de água, o que facilitava a permanência de materiais fecais nas águas e segundo as teses infeccionistas, locais com águas paradas são um fonte de doenças epidêmicas.¹¹⁸ Muritiba atacava a ideia dos despejos serem jogados no rio, alegando que isso era um gerador de miasmas. Ele propunha que o lixo fosse depositado em um local afastado do centro urbano, não importando o custo disso.¹¹⁹

Somente em 1866 passou a ser proibido oficialmente o consumo direto do Guaíba, com a criação da *Companhia Hidráulica Porto-Alegrense*, que teve forte decorrência da epidemia de cólera em 1855, além de obras como os chafarizes. Na época, o acesso à água potável se dava através de pipas e das poucas fontes públicas, todas pagas.

Além de a bebida consumida ser comprometida na época, a comida vendida também não estava atrás em matéria de precariedade. A dieta da população era composta em sua maioria por carnes e frutas, que geralmente eram consumidos ligeiramente assados no caso do primeiro, e verdes no caso do segundo. As charqueadas de Pelotas, de onde se tirava as carnes de gado a serem vendidas em toda a província eram marcadas pela insalubridade, pois os inúmeros restos de sangue, fezes e urinas dos animais deixavam um ambiente extremamente sujo, atraindo ratos e moscas. Isto obviamente implicava na qualidade da carne.¹²⁰ Havia dentro do código de posturas da cidade artigos que exigiam que os vendedores de alimentos devessem primar pela limpeza do local de venda e quem vendesse produtos estragados teria pena de multa. Havia legislações similares em relação aos locais de abatedouro. Mas tanto em uma determinação quanto em outra, eram casos de lei “para inglês ver”.¹²¹

Além da má qualidade da água e alimento consumido, havia a questão de um mito que influenciava muito as decisões de saúde: havia um discurso oficial de que a província não seria afetada pela doença pela sua “natural salubridade”, em razão de ser uma província mais

¹¹⁸ WITTER, op. cit., p. 255-256.

¹¹⁹ DOCUMENTOS dos governantes e secretarias de governo. Caixa 16, maço 26. (Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – AHRG), Porto Alegre.

¹²⁰ WITTER, op. cit., p. 247-248 e 251.

¹²¹ SECRETARIA MUNICIPAL DA CULTURA, Coordenação de Memória Cultural. *Livro de registros das posturas municipais de 1829 a 1888*. Porto Alegre: Suliani Letra e Vida, 2013, p. 35; 42; 47.

fria que o resto do Brasil. Isto se revelou obviamente uma farsa, desmentida em relatórios já em 1854, pelo doutor Manoel Ubatuba (presidente da Comissão de Higiene Pública).¹²²

Em razão de existirem duas faculdades de medicina no país no período e estudar no exterior era privilégio de poucos, haviam muitas pessoas que praticavam o chamado “ato de curar”, e que se autodenominavam curadores, baseando suas consultas em receitar supostos elixires milagrosos, plantas e preparados. Como a província de São Pedro do Rio Grande do Sul não sediava nenhuma faculdade de medicina, a presença acadêmica era quase inexistente e por isso, muitos médicos deles utilizavam-se dos aparatos dos médicos populares e vice-versa.¹²³ Em razão disso, as autoridades riograndenses, a semelhança de seus pares do resto do país, permitiam as atividades dos populares, muito embora pelo código de posturas de Porto Alegre, não fosse permitido o exercício aos que não tinham diploma de medicina.

Bitencourt diz que no século XIX, havia diversas especialidades de cura: iam desde os boticários, que faziam a manipulação de fórmulas farmacêuticas médicas e sua venda, os “feiticeiros” (religiosos africanos) que curavam as doenças com cataplasmas de ervas e óleos, junto com rezas, e por fim, existiam os barbeiros-sangradores, que eram responsáveis pela aplicação de ventosas, sanguessugas, extração de dentes e pequenas cirurgias.¹²⁴

A maior parte da população buscava a cura de seus males em receitas ancestrais, em sanguessugas, em purgantes (para aliviar a diarreia, um dos sintomas do Cólera), xaropes e remédios “milagrosos”, receitados pelos médicos populares, sendo procurados até pelos setores mais abastados da sociedade. Às vezes, estes remédios eram buscados quando as pessoas sequer estavam doentes, pois a preocupação era permanente.¹²⁵ Além disso, a crença de que o consumo de carne - amplamente disseminado na província - poderia dar energia suficiente para curar todos os males também colaborou para a disseminação de várias epidemias. O “caldo de vaca” e a erva-mate eram servidos em hospitais como reconstituídor da saúde. Até o fumo e a cachaça eram vistos como poderosos remédios!¹²⁶

Muitas das práticas médicas populares, se baseavam nas teorias criadas por Hipócrates no século V a.C na região da atual Grécia, em que o corpo era formado por Humores (fleuma, sangue, bílis amarela e bílis negra) e que as doenças surgem em razão do excesso de algum destes humores, como por exemplo, a febre, que serviria como um aumento natural da temperatura do corpo para restabelecer o nível deles. Algumas práticas, inspiradas nisso,

¹²² WITTER, op. cit., p. 59, 61-62.

¹²³ Ibid., p. 195-196 ; 206 e 215.

¹²⁴ BITENCOURT, op. cit., p. 29.

¹²⁵ WITTER, op. cit., p. 111, 142 e 144.

¹²⁶ Ibid., p.116-118.

foram à utilização de sanguessugas e a ingestão de purgantes, tudo isto com a função de expelir os “excessos” do corpo humano.¹²⁷

Além da questão da proximidade dos médicos populares junto a população, havia outra questão que levava a desconfiança aos acadêmicos, os hospitais. Os existentes no período tinham uma péssima condição sanitária (as instalações para a defecação dos enfermos era precária ou inexistente) e alimentícia, com péssimo acondicionamento das comidas (feito em panelas sujas em cozinhas idem), tornando-se um lugar propício para contaminações.

Por isso, a maioria das vítimas não procurava um hospital como primeira opção de cura. As primeiras opções, no caso das vítimas mais ricas, era o pagamento de enfermeiros ou outros cuidadores. No caso do cólera, ainda tinha o agravante de ser uma doença relacionada aos mais pobres, o que envergonhava os mais ricos, e não faziam com que não quisessem que amigos e familiares soubessem sobre sua doença.¹²⁸

Em 1855 ainda não existia regulamentos sanitários em hospitais portoalegrenses, sendo somente criado em 1867, quando se regulou o escoamento das fezes dos doentes e a troca das roupas de cama dos internos uma vez por semana!¹²⁹ Sobre isto, a mesa administrativa da Santa Casa afirmava em novembro de 1855, que alguns membros da diretoria do hospital não faziam as melhorias necessárias no aspecto sanitário da edificação, o que era um perigo frente a epidemia de cólera que já grassava o resto do país.¹³⁰ No interior da província, havia reclamações semelhantes sobre a qualidade dos hospitais, como em Rio Grande.¹³¹ Uma inspeção na enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre pela Comissão chegou a revelar um ambiente em péssimas condições sanitárias, mas isso não resultou em qualquer queixa administrativa ou tentativa de mudança.

Todo este panorama mostra como era o estado sanitário na província, e que havia alguns hábitos da população que os acadêmicos e as autoridades queriam acabar. Mas apesar destes problemas existirem, oficialmente o governo afirmava que tudo estava em seu mais perfeito controle. Em um relatório realizado em 24/09/1855, o já então ex-presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Luis Alves Leite de Oliveira Bello, ao dirigir-se ao seu sucessor, Barão de Muritiba (título de Manuel Vieira Tosta), afirmou que havia um

¹²⁷ BITENCOURT, op cit, p. 26-27.

¹²⁸ Ibid., p. 36.

¹²⁹ WITTER, op. cit., p. 182.

¹³⁰ LIVRO DE ATAS DA MESA ADMINISTRATIVA N° 8, 1854-1859. CEDOP/SCMPA. Centro de documentação e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Folha 35F. Porto Alegre.

¹³¹ CORRESPONDÊNCIAS da mesa administrativa da santa casa de rio grande ao presidente da província. Fundo Assuntos Religiosos (AR), caixa 02, maço 03. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – AHRS, Porto Alegre.

panorama de *pouca salubridade* na província, muito embora Bello congratule pelo fato da região não ter passado por uma epidemia de grande impacto.¹³² Quando a epidemia já tinha chegado ao Brasil, mas ainda não em Porto Alegre, inúmeros ofícios governamentais afirmavam que a província estava preparada para o Cólera.

Mas esta afirmação, como sabemos, era completamente falsa, pois o panorama sanitário e médico na província, a semelhança do resto do país, era lamentável, e ao apontar isto no relatório do *Mapa Necrológico*, a Comissão tinha um longo trabalho para realizar e medidas para propor, no que esbarrou em inúmeros interesses, tradições e crenças.

5.2 Medidas da Comissão de Higiene e a oposição a ela

Quando a epidemia estava se espalhando pela costa brasileira, e antes dela chegar a província riograndense, o já então presidente da província, Barão de Muritiba, em discurso a Assembleia Provincial (atual Assembleia Legislativa) no dia 01/10/1855, tentava acalmar os ânimos da população e dos setores médico-políticos ao minimizar a situação, ao afirmar que o Cólera, uma "epidemia cruel manifestada a princípio no Pará, onde ceifou muitas vidas e produziu (sic) muitas calamidades", não chegaria a província, e tomaria medidas para evitar isto, ao determinar a inspeção e desinfestação de todos os navios e passageiros que atracariam no porto de Rio Grande oriundos das regiões que foram atacadas pela doença e estabeleceria leitos de quarentena para todas as pessoas que chegariam no porto com suspeita do Cólera. Ele nomeou o presidente da Comissão de Higiene, Manoel Pereira da Silva Ubatuba para chefiar esta tarefa.¹³³

Além das medidas de inspeção de embarcações e quarentena, a Comissão chegou a exigir o cumprimento de algumas leis previstas no código de posturas, como a construção de muros por parte dos proprietários em terrenos vazios, e proibir o despejo de lixo neles. Outras medidas previstas no código eram a recomendação de limpar as calçadas uma vez por semana, obrigar os proprietários de terrenos pantanosos a aterrá-los, drenar a água dos terrenos alagadiços, proibir o despejo de lixo em vias urbanas (previa-se a coleta e aterramento em um

¹³² PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório com que o vice-presidente Luis Alves Leite de Oliveira Bello entregou a presidência da província de São Pedro do Rio Grande do Sul ao senhor Barão de Muritiba – 26 de setembro de 1855*. Porto Alegre: Mercantil, 1855. p. 17. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1059/000017.html>> Acesso em: 15 ago. 2017.

¹³³ PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul Barão de Muritiba na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 1º de Outubro de 1855*. Porto Alegre: Mercantil, 1855. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/884/000003.html>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

local longe do centro), e a desinfecção rotineira com cloreto de cálcio de locais de grande aglomeração como escolas, quartéis e cadeias. Além destas exigências, havia o pedido junto aos hospitais e cadeias para a construção de alas para as vítimas do cólera, a proibição da limpeza das roupas dos hospitais no Guaíba e até o cadastro de todas as meretrizes de Porto Alegre para exames de possíveis doenças contagiosas.¹³⁴

Mas essas precauções não surtiram efeito, frente a precariedade geral, com falta de médicos, medicamentos, instalações de internação inadequadas onde não havia um total isolamento dos coléricos (o que facilitou a fuga de pacientes) e sem falar sobre a vaidade dos chefes políticos e médicos que para não demonstrar fraqueza, tentavam de todas as formas esconder informações sobre falhas nas atitudes de prevenção a doença.

Mas a gravíssima epidemia de Cólera de 1855 não decorreu somente disso. Ela foi derivada de outros fatores tão presentes nos dias atuais como as disputas de poder políticas, como entre a Câmara Municipal de Porto Alegre (que até então tinha o papel de vistoriar a saúde na cidade) e a Comissão de Higiene, que disputavam a questão da responsabilidade da limpeza urbana (muito embora isso tenha sido um “embuste” para uma disputa de vaidades), sendo que muitas vezes a Câmara Municipal não acatava as ordens da Comissão, pois não queriam perder seu poder. Isto explica o fato de não serem tomadas tantas medidas efetivas antes do Cólera chegar ao sul do Brasil.

Além desta disputa, a Comissão também não foi bem recebida por outros setores da administração imperial. Em cidades como Rio Grande, Pelotas e Porto Alegre, as elites estavam envolvidas com as irmandades que geriam as Santas Casas e não admitiam interferência em seus estabelecimentos. Havia oposição também por parte dos comerciantes que não acatavam ordens como a limpeza de seus estabelecimentos, devidos aos altos custos. Além disso, havia oposição do setor comercial à medida de restrição da vinda de embarcações de lugares afetados pela doença, pois poderia afetar seus negócios. Parte da população resistia a mudança de hábitos exigidos pela comissão, como despejar fezes em âmbito público.¹³⁵

Mesmo com essas resistências, a Comissão de Higiene conseguiu implantar algumas medidas ao longo do segundo semestre de 1855 como a organização de diversas ambulâncias (carroças com medicamentos) em vários pontos da cidade.¹³⁶

¹³⁴ DOCUMENTOS dos governantes e secretarias de governo. Caixa 16, maço 26. (Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – AHRs), Porto Alegre.

¹³⁵ WITTER, op. cit., p. 58-59 e 68.

¹³⁶ Ibid., p. 78.

Mas este ponto positivo foi apenas uma exceção, pois no geral, a Comissão de Higiene Pública falhou miseravelmente em sua função, pois sua precariedade era demonstrada em fatos como a falha em punir infratores que descumpriam as medidas de limpeza pública.¹³⁷ Sua fraqueza política tornara-se evidente antes mesmo da chegada da moléstia, pois muitos não acreditavam que a doença chegaria a Porto Alegre, em razão do mito da “província salubre” ainda ser grande e se acreditava que a doença seria barrada na cidade de Rio Grande.

Esta mistura de disputas políticas e hábitos arraigados geraram a gravidade da epidemia, que matou 10% da população de Porto Alegre na época em apenas dois meses.

5.3 Chegada da doença a província e a Porto Alegre

No final de outubro, o grande temor aconteceu: o cólera chegou a província do Rio Grande do Sul através da embarcação *Imperatriz* vinda do Rio de Janeiro. Quando a notícia chegou a capital, a Comissão de Higiene se deslocou até o local e tomou as seguintes medidas: criação de lazaretos para os enfermos do navio e determinação de quarentena para possíveis suspeitos da doença. Mas as tentativas de quarentena dos enfermos do navio acabaram falhando, pois estes não aceitaram o isolamento, fugindo da cidade e se espalhando pela província, chegando até a Porto Alegre.

Apesar do pânico, pelos ofícios do governo, buscava-se minimizar a questão. Segundo um documento do final de novembro, “graças a dedicação dos médicos responsáveis”, os casos em Rio Grande tem se dado em pouco número e sob o total controle.¹³⁸ Este abafamento tinha o propósito de não alarmar alguns a população.

Isto acabou não surtindo muito efeito, pois já no início de dezembro, outro ofício de Rio Grande alertava que o “mortífero cholera tem se desenvolvido espantosamente! Cerca de 120 victimas, este flagello tem feito sucumbir”. Além disso, comunicou-se que vários funcionários da Santa Casa de Rio Grande, que foram combater a doença, acabaram se contaminando e falecendo por causa dela. Ainda no mesmo ofício, relatava-se que o número de vítimas em Rio Grande crescia de forma tão exponencial que já não havia mais vagas no cemitério da cidade, e a partir disso, pedia-se verbas urgentemente para a construção de um novo, que seria extramuros (que foi inaugurado em 1858).¹³⁹ Em Pelotas, um cemitério

¹³⁷ Ibid., p. 58-59 e 68.

¹³⁸ DOCUMENTOS dos governantes e secretarias de governo. Caixa 16, maço 26. (Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – AHRs), Porto Alegre.

¹³⁹ DOCUMENTOS dos governantes e secretarias de governo. Caixa 16, maço 26. (Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – AHRs), Porto Alegre.

extramuros, ligado a Santa Casa de Pelotas, que estava em construção teve que ser inaugurado as pressas no final de novembro de 1855 para o imediato enterro dos coléricos e ele estava em estágio tão inicial que ao longo daquele mês e no seguinte, ocorria casos de serem construídas catacumbas e depois de concluídas, elas eram imediatamente usadas para sepultar as vítimas.

¹⁴⁰ Isto são apenas demonstrações do que esperava Porto Alegre quando a doença chegasse à cidade, o que não tardaria em acontecer.

O primeiro caso fatal da doença aconteceu em 30/11/1855, sendo Joaquina Maria da Conceição, uma mulher preta de 66 anos natural da província, a primeira vítima. ¹⁴¹ A partir daí, ao longo do mês de dezembro e janeiro do ano seguinte, um verdadeiro panorama de horror aconteceu na capital riograndense.

Houve diversos mortos nas ruas, falta de carroças para transportar os enfermos e vítimas fatais, falta de lugar para cuidar dos doentes e até inúmeras fugas de Porto Alegre para tentar evitar o contágio. Nas ruas, eram queimados diversos tonéis de alcatrão como tentativa de espantar os “miasmas” da doença. ¹⁴² Buscaram-se diversas formas de cura durante o processo: plantas, purgantes, sanguessugas e caldos de galinha,

Diversas medidas foram tomadas como transformar casas em consultórios médicos, suspensão de aulas e impôr enterros mais rápidos dos mortos coléricos. Até o tocar do sino da igreja foi proibido para evitar qualquer tipo de aglomeração. Foram suspensas missas e até as sessões da Câmara Municipal entre novembro de 1855 e fevereiro de 1856.

Além do péssimo panorama sanitário da cidade, a disseminação se facilitou pelo fato de muitos buscarem socorro só quando apresentavam os sintomas, o que levou Ubatuba a afirmar que os doentes só buscavam ajuda quando nada mais podia ser feito. ¹⁴³ Sobre isto, muitos dos médicos tinham dificuldades para detectar as doenças, pois os sintomas não eram tão definidos, o que levava uma dificuldade de evacuar, uma dor ao caminhar, não serem diagnosticados corretamente. ¹⁴⁴

Essa ideia sobre a demora na busca de ajuda desconsiderava completamente a ideia de proximidade da população com os médicos populares e o fato de que grande parte da população não tinha recursos para ir ao médico, só restando mesmo a alternativa dos

¹⁴⁰ CORRESPONDÊNCIAS da mesa administrativa da santa casa de pelotas ao presidente da província. Fundo Assuntos Religiosos (AR), caixa 01, maço 02. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – AHRS, Porto Alegre.

¹⁴¹ LIVRO DE ÓBITOS N° 2 (22/03/1853-11/12/1855). CEDOP/SCMPA. Centro de documentação e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Transcrição.

¹⁴² WITTER, op. cit, p. 82-86.

¹⁴³ Ibid., p. 78-80 e 212.

¹⁴⁴ Ibid., p. 108.

populares e a automedicação. Além disso, a população mais pobre não podia sair de seus empregos para se internar nos hospitais, pois além da desconfiança em relação a estas instituições, em uma época em que não havia direitos trabalhistas, “dia sem trabalhar era dia sem receber”.

Tudo isto resultou na grande tragédia que foi o Cólera. Apesar dos casos terem começado a diminuir a partir de fevereiro, somente no dia 30/04/1856, a Comissão de Higiene declarou extinta a epidemia em Porto Alegre.

O cólera acabou sumindo tão rapidamente quanto se espalhou, sem que fossem adotadas medidas de distribuição de águas limpas, e as referentes a higiene pública. Isto foi um mistério pela medicina da época. Mas pela medicina de hoje, sabe-se que o cólera é uma doença autoimune, ou seja, quando se contrai pela primeira vez, não há novas contaminações.

O número de vítimas fatais variou muito conforme as fontes. Segundo um relatório realizado em abril de 1856 em que mostra as cidades riograndenses com o maior número de vítimas fatais, mostra que Porto Alegre foi a cidade com maior número de mortos, com 1.405, seguida de Rio Grande com 485, Pelotas com 426 e Jaguarão com 329 mortos. O total de falecimentos pelo cólera na província, segundo o mesmo foi de 3.011. Mas o relatório afirma que estes dados são imprecisos, pois não houve um registro efetivo de todos os enterros, sendo que o presidente estima que o total de mortos tenha sido cerca de 4.000 pessoas.¹⁴⁵

Quadro 1 – Número de mortos pela epidemia do cólera na Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, segundo estimativa de abril de 1856¹⁴⁶

CIDADE	MORTOS
Porto Alegre	1.405
Rio Grande	485
Pelotas	446
Jaguarão	329
Outras Cidades	346
Total	3.011

Fonte: (PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL, 1856, p. 10).

¹⁴⁵ PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório com que o conselheiro Barão de Muritiba entregou a presidência da província de São Pedro de Rio Grande do Sul ao exm. Sr. Presidente e comandante das armas, conselheiro e general Jeronymo Francisco Coelho no dia 28 de Abril de 1856*. Porto Alegre: Mercantil, 1856. p.10. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1060/000009.html>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

¹⁴⁶ Ibid., p. 10.

Um ano depois, um outro relatório datado de 15/12/1856, já afirma que o número de mortos em Porto Alegre foi de 1.742, um número considerado mais exato por parte da administração provincial, o que leva a pavorosa porcentagem de 10% da população porto-alegrense em dois meses, já que havia a estimativa de que a população da cidade no período fosse de 17.000 pessoas.¹⁴⁷

No mesmo levantamento, além de corrigir o número de mortos para 1.742, há um maior detalhamento sobre as vítimas, como sexo e se eram livres ou não. Nele, segundo as estatísticas, morreram vítimas da epidemia, 947 homens e 795 mulheres, sendo que destes 897 eram pessoas livres e 845 eram pessoas escravas. Havia dentre os livres, 472 homens e 425 mulheres, enquanto que entre os escravos, haviam 475 homens e 370 mulheres.¹⁴⁸

Quadro 2 – Número de mortos pela epidemia do cólera em Porto Alegre por sexo e liberdade, segundo estimativa de dezembro de 1856¹⁴⁹

SEXO E LIVRES/ESCRAVOS	MORTOS
Homens Livres	472
Mulheres Livres	425
Homens Escravos	475
Mulheres Escravas	370
Total	1.742

Fonte: (PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL, 1856, p. 167).

Segundo pesquisa feita por mim entre os livros de óbitos do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa, o número de vítimas fatais foi dentre os livres, 376 homens, 380 mulheres e 283 desconhecidos.¹⁵⁰ Já dentre os escravos, os números foram de 311 homens, 220 mulheres e 282 desconhecidos.¹⁵¹ Isto dá um total de 1.852 pessoas.

¹⁴⁷ PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Jerônimo Francisco Coelho na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 15 de dezembro de 1856*. Porto Alegre: Mercantil, 1856. p. 9. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/885/000097.html>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

¹⁴⁸ PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Jerônimo Francisco Coelho na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 15 de dezembro de 1856*. Porto Alegre: Mercantil, 1856. p. 167. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/885/000097.html>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

¹⁴⁹ Ibid., loc. cit.

¹⁵⁰ LIVRO DE ÓBITOS Nº 2 (22/03/1853-11/12/1855); LIVRO DE ÓBITOS Nº 3 (11/12/1855-29/07/1858) CEDOP/SCMPA. Centro de documentação e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Transcrição

¹⁵¹ BARROSO, Vera Lúcia Maciel (Org.). *Africanos na Santa Casa de Porto Alegre: óbitos dos escravos sepultados no cemitério da santa casa (1850-1885)*. Porto Alegre: EST, 2007, p. 97-125

Quadro 3 – Número de mortos pela epidemia do cólera em Porto Alegre por sexo e liberdade, segundo pesquisa feita nos livros de óbitos do Cemitério da Santa Casa

SEXO E LIVRES/ESCRAVOS	MORTOS
Homens Livres	376
Mulheres Livres	380
Desconhecidos Livres	283
Homens Escravos	311
Mulheres Escravas	220
Desconhecidos Escravos	282
Total	1.852

Fonte: (PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL, 1856, p. 167).

Esta falta de registros mais precisos se devia em razão da grande quantidade de mortos em um curto espaço de tempo, gerando um sobrecarregamento de trabalho por parte dos coveiros e um consequente desleixo ao registrar os enterros. Era bastante comum durante a epidemia, o enterro de diversas pessoas vítimas da doença em valas comuns sem o registro devido, o que explica a quantidade de mortos desconhecidos. Por exemplo, um coveiro, ao registrar um evento como o citado, muitas vezes registrava somente o seguinte: foram enterradas 10 pessoas vítimas da epidemia reinante. Eles não colocavam mais dados de identificação como nome, sexo, idade, cor da pele. Muitas vezes, sequer havia o registro destes sepultamentos.

Isto violava o código do cemitério, pois todos os corpos recebidos deveriam ser identificados pelo nome, idade, naturalidade, nacionalidade, estado, profissão, cor e se for escravo, o nome do senhor.

Para demonstrar que o número de vítimas era muito acima do normal, segundo pesquisa feita no livro de óbitos da Santa Casa durante o ano de 1855, o número de vítimas em média por mês era entre 60 e 70 pessoas,¹⁵² um número bem abaixo das mais de 1.000 pessoas que faleceram somente no mês de dezembro de 1855.

Além disso, muitas vítimas ao serem atacadas pela doença, nem procuravam o hospital para serem tratadas, falecendo pouco tempo depois e sendo muitas vezes sepultadas sem qualquer tipo de registro. Havia o caso também de muitos terem ataques fulminantes da

¹⁵² LIVRO DE ÓBITOS N° 2 (22/03/1853-11/12/1855). CEDOP/SCMPA. Centro de documentação e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Transcrição.

doença em plena rua e falecendo repentinamente, sendo enterrados sem passar por atestado de um médico para oficializar seu óbito.

Um dado a se ressaltar sobre estes dados, é que ao contrário de outras cidades como Belém, Salvador e Rio de Janeiro, onde o maior número de vítimas eram escravas, em Porto Alegre, eles foram menos de 50% dos mortos. Mas o número de negros livres vítimas da doença foi muito alto, o que os coloca como as maiores perdas do mal. Além da população negra, houve um significativo número de vítimas entre os militares e presidiários, que eram lugares com grande aglomeração de pessoas.

Ainda sobre a classe das vítimas, muitas fontes do século XIX e primeiras décadas do século XX afirmam que o cólera atingiu todas as categorias econômicas, ricas ou pobres. Tomo para isso dois exemplos, o primeiro é de Chernoviz, que logo após os eventos de 1855/1856, afirmou que o cólera aterrorizou pela “amplitude de seu alcance geográfico e pela quantidade e variedade de indivíduos por ela ceifados, fazendo-se presente democraticamente, nos mais diferentes sítios e assolando todo o tipo de gente.”¹⁵³ Outro exemplo são as teses médicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, entre 1856 e 1857, que mostravam a epidemia como uma verdadeira “peste”, como na tese de Soeiro de Faria, *Do cholera morbus, sua sêde, natureza e tratamento, será contagioso?*, onde não economiza em hiperbolismos ao descrever a doença:

*Debalde porém se quis evitar a presença do gigante do extermínio: zombando de todas as medidas que se tinha tomado, como que se regozijava com o avultado número de cadáveres que ia deixando após si na imensa e fúnebre estrada da morte, por onde se seguia em sua marcha destruidora. Não contente com as vítimas que havia ceifado no berço de seu nascimento, era necessário que novas sepulturas se abrissem, e que sobre elas se rojassem os cadáveres daqueles infelizes que fossem bafejados pelo seu hálito pestilencial e mortífero*¹⁵⁴.

Até final do século XX, as fontes bibliográficas silenciavam em relação ao panorama socio-econômico e político do período. No entanto, a partir dos anos 1980, sob a influência teorias que propunham um olhar mais amplo para o passado, levando em consideração as classes sociais e o conjunto da época, vários historiadores como Jane Felipe Beltrão, Beatriz Weber, Márcia Ribe e Gabriela Sampaio, relatam que a epidemia atingiu muito mais as classes mais baixas, e que muitos setores da elite fugiram das cidades atingidas pela epidemia, rumo as zonas rurais.

¹⁵³ FRANCO; LIMANOGUEIRA, op. cit., p. 69.

¹⁵⁴ Ibid., p. 70.

Outra questão que foi revista pela historiografia mais recente foi à questão dos médicos populares. Durante muito tempo, curandeiros, boticários e parteiras, eram sempre colocados de forma “marginal”, reproduzindo o discurso dos médicos acadêmicos que os qualificavam como fruto da ignorância, atraso e superstição,¹⁵⁵ e que além disso, os populares e acadêmicos sempre foram antagônicos. Mas em um período mais recente passou-se a valorizar os populares e mostrá-los como complementares aos acadêmicos.

Frente ao completo fracasso no combate a epidemia, no ano seguinte, em 28/04/1856, o presidente da província, Barão de Muritiba, comenta o fiasco da prevenção da chegada da doença ao sul do país, o qual admite que as instalações para quarentena em Rio Grande foram feitas sob total improviso, muito embora ele culpabilize em grande parte a própria Comissão de Higiene Pública. Esta culpabilização foi tão forte que em 12/12/1857, o decreto 2052/1857 extinguiu-la, criando a Inspetoria de Saúde Pública no lugar. Sobre o papel da presidência durante o ocorrido, Muritiba era somente elogios: ele estava preparado para atender os primeiros socorros em todos os pontos da província em conjunto com instituições particulares da saúde. Além disto, ele elogiou os esforços de diversos setores da população: médicos, militares, policiais e a “população prestativa”.¹⁵⁶ Estes argumentos eram uma completa ilusão, pois se havia algum preparo para combater a epidemia, este era ínfimo e precário, e a responsabilidade era de todos.

Não se tem registros de casos de cólera na cidade de Porto Alegre entre junho de 1856 até março de 1867, quando houve uma nova epidemia na cidade. Mas isto não impediu que temores sobre uma possível volta da doença alarmassem as autoridades ao longo desses onze anos. Qualquer questão poderia ser vista como uma ameaça de retorno e até por isso, houve alguns avanços na salubridade pública.

5.4 O medo da volta do Cólera e medidas de desenvolvimento da salubridade

Conforme Jean Delumeau, o medo é o componente maior da existência humana e o acompanha desde o início de sua existência, pois está ligada a uma necessidade de segurança.

¹⁵⁵ WITTER, Nikelen. Curar como Arte e Ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre Saúde, Doença e Cura. *Tempo*, Rio de Janeiro, n. 19, 2005, p. 14

¹⁵⁶ PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório com que o conselheiro Barão de Muritiba entregou a presidência da província de São Pedro de Rio Grande do Sul ao exm. Sr. Presidente e comandante das armas, conselheiro e general Jeronymo Francisco Coelho no dia 28 de Abril de 1856*. Porto Alegre: Mercantil, 1856, p. 9. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1060/000009.html>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

A insegurança é o símbolo da morte e a segurança é base da vida. O medo da morte é uma característica única do ser humano, sabendo-se desde sua infância que um dia morrerá.¹⁵⁷

Ele é uma defesa essencial, uma garantia contra os perigos, um reflexo indispensável que permite ao ser humano se defender de ameaças que podem ocorrer a sua própria existência. Mas seu excesso pode causar danos tão graves quanto o suposto perigo que o medo protege (como o da morte), tornando mais sombrio. Se for coletivo, o medo pode decorrer em comportamentos que podem gerar histeria, como no caso de guerras ou grandes epidemias.¹⁵⁸ Esta descrição teórica descreve muito bem o comportamento das autoridades e da população nos anos que se seguiram após a epidemia de 1855

Esse medo crescia em meses mais quentes. Isto em razão dela ter ocorrido entre o fim da primavera de 1855 e o início do verão de 1856. E isso sem contar que o Cólera é uma doença essencialmente tropical, pois o agente causador da doença, o *vibrio cholerae* tem seu crescimento em temperaturas entre 30 a 40 graus.¹⁵⁹

As descrições de “revirar o estômago” realizadas por médicos do período sobre os doentes do cólera são verdadeiros grafismos de um terrível mal. Elas mostram que apesar de serem relatos médicos e conseqüentemente, técnicos, elas não estão livres de uma certa “horrorificação” da doença. Um manuscrito feito sobre o cólera pelo médico português Antônio Corrêa de Lacerda em 1832, é exemplo:

A pele perde o calor natural; evacuações abundantes e frequentes (...) uma magreza extraordinária se anuncia depois da primeira invasão (...) os olhos encondem-se nas órbitas, as bochechas desaparecem: as paredes abdominais vão tocar a coluna vertebral; um decrescimento espantoso se mostra por toda parte; e parece que só se vive para vê-lo decompor e reduzir-se a uma múmia (...) o nariz, as orelhas, os pés e as mãos começam a esfriar; logo, o infeliz doente é acometido da cabeça à ponta das unhas e dos cabelos de um frio medonho e que, em um piscar de olhos, se torna glacial (...) seu corpo fica a uma temperatura abaixo da dos objetos que o rodeiam, e em 48 horas, passa a ter uma temperatura de cadáver. (...) o doente não pensa nem em si, nem nos que o rodeia, um pequeno delírio se mostra de tempo em tempo; os soluços, esse último esforço da natureza, vêm ainda atormentar o doente; a respiração enfraquece; e quando menos se pensa, o doente toca a extremidade da morte de muito tempo começada.¹⁶⁰

¹⁵⁷ DELUMEAU, Jean. *História do Medo no Ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. (companhia de bolso), p. 23.

¹⁵⁸ Ibid., p. 25.

¹⁵⁹ LEWINSOHN, op. cit., p. 104.

¹⁶⁰ SANJAD, Nelson. Cólera e medicina ambiental no manuscrito “Cholera-morbus” (1833), de Antonio Correa de Lacerda (1777-1852). In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.11, n. 3, set./dez. 2004, p. 587-618. Citado em PRATA DE SOUZA, Jorge. A cólera, a tuberculose e a varíola: as doenças e seus corpos. In: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Marcia (org.). *História do Corpo no Brasil*. São Paulo: UNESP, 2011. p. 225.

Frente a esta descrição de “revirar o estômago”, onde o médico não economiza em adjetivos, como “decompor e reduzir-se a uma múmia” e descreve o óbito como a “extremidade da morte de muito tempo começada”, podemos perceber que a doença era vista como uma antesala da morte, onde o doente era um “cadáver quente”, demonstrando que frente a medicina e os médicos do período, o cólera era uma doença verdadeiramente mortal. Para Lacerda, era fundamental limpar o local onde se localiza o enfermo, arejar o ambiente, trocar diariamente a roupa da cama e não acumular águas sujas. Isso sem contar que após o falecimento, deveria-se fumigar a cama dos falecidos com vinagre, cloro; destruir as roupas usadas pelo paciente e envolver o cadáver em cal e cloreto durante o funeral.¹⁶¹

Estas medidas defendidas por Lacerda foram seguidas pelos médicos acadêmicos do período. Em ofícios enviados da Santa Casa de Porto Alegre para a presidência da província durante a epidemia, houve recomendações a serem tomadas nos locais mortuários da Santa Casa como desinfetar os carros mortuários, incinerarem os panos sem uso (ao invés de lavá-lo no Guaíba) e acrescentar camadas de Cal “na terra onde se lança as sepulturas”.¹⁶²

Sobre a questão do medo, dois acontecimentos nos anos seguintes mostram que qualquer acontecimento gerava um temor pelo retorno da doença. O primeiro deles foi em 1857, onde um ofício da Santa Casa de Porto Alegre enviado a presidência da província, denuncia a gradual deterioração dos medicamentos anticoléricos que estavam armazenados na Secretaria de Polícia. Este ofício mostra o temor e a gravidade que foi a epidemia de 1855, pois um dos argumentos para a resolução do problema foi o temor de que com o avanço da deterioração dos remédios, ocorreria a “infelicidade de sofrer o retorno da epidemia, que em 1855, assolou esta província”.¹⁶³ Por fim os remédios saíram da alçada da secretaria e passaram para a Santa Casa.

O segundo ocorrido foi no início de 1860, onde em outro ofício da Santa Casa a Porto Alegre, narra-se uma denúncia de que estavam sendo abertas no Cemitério da Santa Casa, sepulturas de pessoas mortas em 1855 pelo cólera para exumação, no qual o provedor nega terminantemente. Esta história revelou-se ser falsa, mas ela mostra o medo que esta doença ainda causava cinco anos depois de seu auge.

¹⁶¹ PRATA DE SOUZA, Jorge. A cólera, a tuberculose e a varíola: as doenças e seus corpos. In: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Marcia (org.). *História do Corpo no Brasil*. São Paulo: UNESP, 2011. p. 228-229.

¹⁶² CORRESPONDÊNCIAS da mesa administrativa da santa casa de porto alegre ao presidente da província. Fundo Assuntos Religiosos (AR), caixa 03, maço 05. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – AHRS, Porto Alegre.

¹⁶³ CORRESPONDÊNCIAS da mesa administrativa da santa casa de porto alegre ao presidente da província. Fundo Assuntos Religiosos (AR), caixa 03, maço 05. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – AHRS, Porto Alegre.

Esta restrição dava-se em razão da crença de que os cadáveres das vítimas de cólera eram um foco de contágio do mesmo mal. Isto está exemplificado em um documento de 1858 em que há uma convocação de parentes e amigos de pessoas falecidas em 1854 para acompanhar a exumação dos corpos dos entes queridos. O mesmo documento adverte que “aquela exumação não se estenda aos cadáveres das pessoas que foram vítimas de cólera (...) em 1855, porque a referida (...) precisaria da aprovação de um projeto de lei ainda pendente” (grafia atualizada).¹⁶⁴ De fato, fizeram uma lei em 1858, que proibia a exumação de cadáveres coléricos, pois tradicionalmente esse procedimento era realizado em todos os corpos após três anos do falecimento. Por que precisaria de uma lei específica para a exumação dos cadáveres vítimas de cólera e não para os outros corpos? acredito que com base nas ideias dos “miasmas”, a medicina do período acreditava que os corpos coléricos poderiam causar a doença.

Após a negação de que estava ocorrendo violação dos túmulos dos coléricos, há o aviso de que sobre as covas das vítimas estariam crescendo capim, no qual o provedor avisa na carta ao presidente, que ordenou o Mordomo (diretor) do Cemitério da Santa Casa que se cortasse o mesmo e até queimasse. Além disso, houve a ordem de que se cobrisse sob uma camada de cascalho e de cal virgem a terra sobre as covas dos coléricos. Tudo isto para formar um traço tão impermeabilizante que será impossível “na profundidade em que serão lançados os cadáveres”, produzir qualquer mal por exalações.¹⁶⁵

Mas por outro lado, podemos também pensar na possibilidade de haver segundas intenções no alarmismo sobre a possível volta da doença.

Para exemplificar, no dia 15/12/1856, o então presidente da província, Jerônimo Francisco Coelho, afirmou que entre agosto e setembro daquele ano alguns escravos na província apresentaram sintomas semelhantes as do cólera. Ele não menciona em que lugar da província ocorreu, nem a quem pertenciam os cativos e muito menos diz que fim levaram (morreram? curaram-se?), o que pode até levantar algumas dúvidas sobre a legitimidade deste relato, pois não encontrei nos óbitos da Santa Casa, informações sobre vítimas do cólera nestes meses. É possível que estas mortes não tenham sido registradas pela possibilidade deles não terem sido levados a algum hospital. A menção deste ocorrido leva o chefe da província a

¹⁶⁴ CORRESPONDÊNCIAS da mesa administrativa da santa casa de porto alegre ao presidente da província. Fundo Assuntos Religiosos (AR), caixa 03, maço 05. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – AHRS, Porto Alegre.

¹⁶⁵ CORRESPONDÊNCIAS da mesa administrativa da santa casa de porto alegre ao presidente da província. Fundo Assuntos Religiosos (AR), caixa 03, maço 05. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – AHRS, Porto Alegre.

relembrar panoramas tenebrosos sobre o ocorrido, implorando que a “Divina Providência aprouve desviar de sobre nós a repetição das scenas mortuarias, de horror e de luto, em que nos fins do anno passado e principios do corrente anno, se ahysmarão varios pontos da provincia, e esta cidade mais que todos”.¹⁶⁶

Exemplos como este se abundam nos relatórios escritos nos anos imediatamente posteriores a 1855, o que pode demonstrar diversas questões: esses relatórios traduziam um medo genuíno por parte do redator e das autoridades oficiais? eram relatórios que tinham o propósito de relatar de modo exagerado, ocorridos simples para impressionar seus pares para implantar medidas de higienismo? para que a Assembleia Provincial votasse medidas que destinariam mais verbas para o governo da província? ou até mesmo pedir recursos junto ao governo central no Rio de Janeiro?

No mesmo relatório, o presidente afirmou que iria tratar desse problema ao chamar uma comissão de cinco pessoas, formadas pelo chefe de polícia, do presidente da câmara municipal, do presidente da comissão de higiene, do chefe da seção de obras públicas e um facultativo. Esta comissão se responsabilizaria para adotar quaisquer medidas preventivas para combater a insalubridade pública. O presidente relatou que precisaria de 10:000\$ réis para despesas de material para a comissão e mais 15:000\$ réis anuais para manter a comissão. Ele também informa que requeriria um orçamento de 23:000\$000 para a realização de algumas obras que reduziriam a sujeira pública da cidade, como valas para os esgotos e aterros para os lixos.¹⁶⁷ Ou seja, o presidente fez uma longa explanação, para simplesmente convencer os deputados da provincia para votarem um projeto que destinaria verbas para uma nova comissão, que garantiria o presidente, ajudaria a impedir um retorno do Cólera a província. Seria um medo por parte do presidente, ou ele estaria gerando uma expectativa de medo junto aos deputados para que votassem projetos favoráveis ao governo?

Acredito que possa tenha sido uma mistura de tudo isto, pois uma epidemia que matou uma porcentagem significativa da população da capital da província de São Pedro, e que deixou um rastro de morte e sofrimento por diversos lugares do Brasil, poderia impressionar até a pessoa mais insensível.

¹⁶⁶ PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Jerônimo Francisco Coelho na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 15 de dezembro de 1856*. Porto Alegre: Mercantil, 1856. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/885/000008.html>> Acesso em: 25 ago. 2017. p. 8.

¹⁶⁷ PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Jerônimo Francisco Coelho na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 15 de dezembro de 1856*. Porto Alegre: Mercantil, 1856. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/885/000008.html>> Acesso em: 25 ago. 2017. p. 9-10.

Após o ápice da doença, inúmeras medidas foram tomadas para evitar o retorno dela. Entre elas estava esta comissão citada no discurso do presidente, que foi criada em 1856 para lidar com futuras situações emergenciais. Nela, a cidade de Porto Alegre era dividida em três bairros e dentro de cada bairro, seriam criadas duas quadras (distritos), formando um total de seis. Dentro de cada bairro, estava prevista a criação de uma enfermaria a cargo de um médico e dentro de cada quadra estava prevista a criação de um posto médico a cargo de um enfermeiro ou ajudante.¹⁶⁸ Esta divisão estava apenas relacionada a zonas de administração de saúde.

Esta comissão seria formada por uma Junta Central de Saúde Pública, dentro da qual estavam submetidas cinco comissões “especiais”. A Junta Central era formada pelos presidentes das cinco comissões:

1 – **Polícia:** Ela inspecionava os domicílios em épocas de epidemia para investigar possíveis focos de doença. Além disto, tomava providências sobre o transporte de enfermos, cadáveres e enterros.

2 – **Municipal:** Ela inspecionava a limpeza das ruas, praias e praças, e fiscalizava os mercados, tabernas, açougues, hotéis, padarias ou outros tipos de estabelecimentos comerciais, para verificar a limpeza e a qualidade dos produtos vendidos.

3 – **Obras:** Ela realizava obras que poderiam auxiliar na melhoria sanitária da cidade, como aterros, muros e esgotos.

4 – **Saúde Pública:** Ela realizava a desinfecção em quaisquer lugares que poderiam ser foco de contaminações, seja público ou privado. Ela também poderia escolher edifícios que poderiam servir de enfermarias para os bairros ou postos para as quadras, além de inspecionar as conduções dos trabalhos nestes estabelecimentos.

5 – **Socorros:** Ela tinha como função fornecer alimentação, medicamentos e roupas para os enfermos pobres. Além disso, era esta comissão a responsável por abastecer os estabelecimentos de saúde, com o vestuário, os medicamentos e os alimentos.¹⁶⁹

Além disto, o regulamento previa a existência de quatro “períodos sanitários”, de acordo com a presença de uma epidemia:

¹⁶⁸ PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Jerônimo Francisco Coelho na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 15 de dezembro de 1856*. Porto Alegre: Mercantil, 1856. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/885/000008.html>> Acesso em: 25 ago. 2017. p. 133.

¹⁶⁹ PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Jerônimo Francisco Coelho na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 15 de dezembro de 1856*. Porto Alegre: Mercantil, 1856. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/885/000008.html>> Acesso em: 25 ago. 2017. p. 129-131.

1 – **Período Ordinário:** é quando não há epidemia na cidade. Deve-se ter a prioridade em garantir a limpeza pública e tomar ações preventivas. Somente funcionarão a Comissão de Higiene, a Câmara Municipal e a Polícia, que além de suas atividades cotidianas, poderão fiscalizar qualquer tipo de infração que gere riscos a vida sanitária porto-alegrense.

2 – **Período Suspeito/Preventivo:** é onde aparecem alguns casos localizados de doenças ou surgem determinadas condições, que podem ser um indício de nascimento de uma epidemia. São previstas medidas preventivas para impedir o desenvolvimento do flagelo e funcionaria uma comissão com os presidentes das comissões de polícia, saúde pública e municipal em caráter provisório, onde proporia ao presidente da província medidas para impedir o surgimento da epidemia.

3 – **Período Significativo:** é caracterizado pelo surgimento de enfermos atacados de uma mesma doença em diversos pontos de uma mesma região, de tal modo que não haja dúvidas sobre a existência de um surto. Neste período as enfermarias e postos médicos estariam de prontidão permanente para atender os enfermos. A Junta Central passará a funcionar em caráter permanente.

4 – **Período Decisivo/Explosivo:** é quando a doença se espalhou praticamente por todo um território com um saldo de enfermos e mortos em número bastante significativo. Durante este período, as cinco comissões e Junta Central terão suas atividades realizadas permanentemente e em caráter diário.¹⁷⁰

Um ponto interessante deste regulamento, é que permite que pessoas “especialistas na arte de curar” possam atender e resolver as aflições de quaisquer pessoas atacadas com a doença, independentemente de possuírem diploma em medicina, o que contraria os decretos que criaram as comissões de higiene pública (828/1851 e 598/1850), que exigiam diploma para o exercício de arte de curar.

Além deste regulamento, que foi primordial nas medidas futuras de salubridade, algumas outras questões começaram a ser postas em prática como a construção de calçamentos e esgotos, realização de aterros e melhoria das boticas. Foram concluídas as obras do cemitério extramuros de Pelotas e Rio Grande e foram feitos novos prédios para a Santa Casa riograndina.

Ainda teve algumas obras relacionadas a distribuição de água potável a população, como a captação da água na nascente do Arroio do Sabão (atual Arroio Dilúvio) em Viamão,

¹⁷⁰ PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Jerônimo Francisco Coelho na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 15 de dezembro de 1856*. Porto Alegre: Mercantil, 1856. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/885/000008.html>> Acesso em: 25 ago. 2017. p. 30-31; p. 131-132.

local considerado mais limpo que o Guaíba; construção de bombas de água nas margens do rio; instalação de oito chafarizes em diversos pontos da cidade; e a criação em 07/07/1862, da Companhia Hidráulica Porto-Alegrense.¹⁷¹ Todas estas obras começaram a funcionar em meados dos anos 1860.

Mas algumas deficiências continuavam, como a precariedade das Santas Casas exemplificadas pela falta de materiais, péssimas instalações para os doentes e obras de ampliação que demoravam em se realizar.

Houve logo após a epidemia, um aumento na destinação de verbas a Santa Casa de Porto Alegre. Enquanto que geralmente a receita anual ficava em torno de 60 contos de réis, no ano seguinte ao cólera, os rendimentos saltaram para 100 contos. Mas logo após, as receitas voltaram ao seu patamar anterior. Mas o mesmo não ocorreu com as Santas Casas de Rio Grande e Pelotas, que de uma receita anual de 35 e 15 contos respectivamente, passaram para uma média de 60 e 25 contos respectivamente.¹⁷²

Além de criação de órgãos e obras públicas, os médicos acadêmicos buscaram combater hábitos arraigados dentre a população que colaborariam para a disseminação da doença, como os enterros dentro de igrejas.¹⁷³

Para isto, a solução era sepultar os mortos em cemitérios fora das cidades. Além disto, foram criadas diversas normas técnicas que determinavam que o número de covas deveriam ser o dobro dos habitantes da cidade e que deveriam ter sete palmos de fundo e manteriam entre si uma certa distância.¹⁷⁴ Estas teorias entraram em choque com diversos membros do clero e do resto da sociedade, pelos mais diversos motivos: desde o receio da perda de receitas e poder por parte do clero com a restrição dos sepultamentos em igrejas, quanto a falta de um sentimento de pertencimento a igreja, e de uma morte e funeral digno que poderia levar mais rápido ao paraíso, segundo a crença da população.

Segundo Reis, a epidemia do cólera de 1855 colabrou para que a teoria higienista prevalecesse sobre as ações governamentais, para desgosto do clero, levando a construções de cemitérios em áreas fora do perímetro urbano em várias cidades:

¹⁷¹ GIBROWSKI, Cristina. *A Trajetória de um monumento na paisagem urbana de Porto Alegre (1866-2013)*: de chafariz imperador para afluentes do Guaíba. 2014. 125 f. Dissertação (mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História. Centro Universitário Unilassalle, Canoas, RS, 2014. p. 30-31.

¹⁷² *Brazilian Government Documents*, op cit.

¹⁷³ REIS, João José. O cotidiano da morte no Brasil oitocentista. In: NOVAIS, Fernando; ALENCASTRO, Luiz Felipe de. (org.). *História da vida privada no Brasil*: Império: a corte e a modernidade nacional. Rio de Janeiro, Companhia das Letras, 2010. v. 2, p. 132.

¹⁷⁴ *Ibid.*, p. 134-135.

A peste triunfou sobre diante da precariedade sanitária, a impotência das autoridades, a confusão dos médicos, a resignação dos religiosos, o desespero da população e principalmente o medo de todos. Os mortos, contados aos milhares e espalhados entre todas as categorias sociais, já não podiam receber os cuidados que até então os sobreviventes lhes dedicavam para que desfrutassem uma boa morte. Aquela convivência pacífica e solidária entre vivos e mortos ruiu em face da desordem instalada pela epidemia. Já não se gastava tempo com os mortos, porque eles passaram a ser temidos instrumentos dessa desordem. Em primeiro lugar ficava a saúde física dos vivos, não a saúde espiritual dos mortos. Entre as primeiras providências, figurava a expulsão destes da cidade dos vivos, das igrejas e dos cemitérios intramuros. (...) Diante da peste, o costume foi obrigado a render-se.¹⁷⁵

Além disso, buscava conscientizar a população sobre os hábitos de higiene pessoais, incentivando a população a banhos diários, o que enfrentava algumas barreiras. Segundo Bernuzzi, os hábitos de higiene em meados do século XIX dependiam da quantidade de água disponível e da distância a ser percorrida para ter acesso a ela.¹⁷⁶

O ato de limpeza mais presente na população, independentemente de nível social, era passar panos úmidos sobre o corpo, ou no máximo lavar em bacias o rosto, as mãos e os pés. O mesmo não ocorria tanto com o resto do corpo, por diferentes razões: para algumas famílias, não era considerado como algo honrado uma mulher tomar banhos demorados e dedicar-se insistentemente a limpeza corporal e íntima, muito em razão da dedicação a partes do corpo “indecorosas”. Para algumas, a higiene das partes íntimas poderiam *abalar a virtude e despertar sentimentos imperdoáveis*. Já para os homens, sobretudo os trabalhadores rurais, a sujeira poderia significar esforço no trabalho, enquanto que para as crianças, significavam coragem frente a brincadeiras infantis.¹⁷⁷ Limpezas mais profundas eram somente feitas para curar doenças ou uma vez por mês. Mas enquanto a medida dos sepultamentos em cemitérios extramuros teve êxito, o mesmo não ocorreu em relação as medidas de higiene pessoal, bem como o costume de jogar lixo e dejetos nas ruas.

Antes e depois da epidemia, as causas de óbito mais comuns entre a população eram o tifo, a pneumonia, a tuberculose (tísica), a diarréia crônica e a varíola, doenças relacionadas com a falta de higiene assim como o cólera. E como os casos destas doenças citadas continuaram frequentes mesmo após 1855, há a prova de que as recomendações dos acadêmicos não eram muito bem seguidas pelas autoridades sanitárias e pela população.¹⁷⁸

¹⁷⁵ Ibid., p. 140-141

¹⁷⁶ SANT’ANNA, Denise Bernuzzi de. Higiene e higienismo entre o Império e a República. In: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Marcia (Org.). *História do Corpo no Brasil*. São Paulo: UNESP, 2011, p. 284-285.

¹⁷⁷ Ibid., p. 294-297

¹⁷⁸ PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Ângelo Muniz da Silva Ferraz apresentado a Assembleia Legislativa Provincial na 1ª Sessão da 8ª Legislatura*. Porto Alegre: Correio do Sul, 1858. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/887/000030.html>>. Acesso em: 02 set. 2017. p. 30.

Cinco anos após a epidemia, em 1860, um relatório de uma comissão médica enviada à presidência da província, criticava a piora do estado sanitário da cidade e a continuidade da existência de moradias insalubres.¹⁷⁹ Mas apesar disto, as obras realizadas entre 1855 e 1867 no que se refere a salubridade da cidade, tiveram sim, um certo êxito e isto foi posto a prova quando ocorreu um acontecimento que muitos não queriam que repetisse.

O Cólera voltou a Porto Alegre em 1867, quando ocorreu a segunda epidemia na capital. Entretanto, o resultado teve menor impacto na população, o que mostra que apesar dos percalços, o combate a doença tinha êxito.

Segundo relatório da presidência da província de setembro de 1867, a epidemia atingiu cidades como Rio Grande, Pelotas, Rio Pardo, São Leopoldo e Porto Alegre. Ela chegou ao Rio Grande no início de março e depois se espalhou pelo resto da província. É dito pelo presidente que a epidemia gerou uma grande “cruzada humanitária” frente ao “espetáculo aflitivo”, através de um “sentimento de filantropia”, o que poderia ter colaborado para seu fim. O decreto de 1856 foi aplicado em seu total vigor, ao dividir a cidade em distritos de saúde, convocar a Junta Central de Saúde Pública e as cinco subcomissões e recrutar farmacêuticos para fornecerem medicamentos. Além disso, o provedor da Santa Casa, para cedeu algumas enfermarias para tratar os coléricos, o chefe da Casa Civil criou uma enfermaria para os presos coléricos, e a Cia. Hidráulica Porto-Alegrense forneceu gratuitamente à água dos chafarizes a população.¹⁸⁰

Ainda sobre o mesmo relatório, afirma-se que assim que havia um falecimento de vítima do cólera, seu cadáver era imediatamente retirado, com a posterior desinfecção da casa e por fim, os cadáveres eram sepultados em valas abertas nos cemitérios. Além disto, segundo o relatório, as enfermarias criadas especialmente para a situação (com o auxílio da Santa Casa, Beneficência Portuguesa, dentre outras instituições) funcionavam constantemente. Não faltaram elogios aos médicos da cidade, ao Inspetor-Geral da Saúde, ao Chefe de Polícia, a Câmara Municipal, as comissões de socorros, a Santa Casa, as pessoas que doaram dinheiro e cederam salas para o tratamento dos coléricos e o resto da população, pelo seu empenho no combate a doença. Não sabemos se estas medidas foram seguidas em sua totalidade, mas segundo estimativas, o número de vítimas da doença entre março e maio de 1867 (período da

¹⁷⁹ RÜCKERT, op cit, 2014 pág. 77

¹⁸⁰ PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Falla dirigida á assembleia Legislativa da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul pelo presidente Dr. Francisco Ignacio Marcondes Homem de Mello em segunda sessão da 12ª legislatura*. Porto Alegre: Rio-Grandense, 1867. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/900/000029.html>>. Acesso em: 20 set. 2017. p. 29-30.

epidemia) em Porto Alegre foi de 271, seguido de Pelotas com 115, Jaguarão com 79 e São Leopoldo com 47 pessoas. Números sem sombra de dúvidas bem menores em relação a epidemia de 1855.¹⁸¹

Todo este panorama mostra que o cólera se aproveitou do péssimo panorama sanitário existente no Brasil no século XIX, somado com o desconhecimento que havia sobre a doença. Boa parte da historiografia menciona que as teses higienistas começaram a prevalecer no Brasil no início do século XX através das políticas de Pereira Passos como prefeito do Rio de Janeiro, e a adoção da vacinação obrigatória que decorreu na Revolta da Vacina em 1904. Mas acredito que a epidemia de 1855 foi de certa forma um predecessor destas políticas, pois muitos de seus elementos estavam aí: a culpabilização das camadas mais pobres pela epidemia pelos acadêmicos; os ataques aos médicos populares; a criação de obras públicas relacionadas à área da saúde. A única diferença, é que não houve demolições de cortiços.

Embora as obras públicas solicitadas pelos doutores tenham sido implantadas de maneira um pouco precária, elas acabaram tendo certo êxito quando houve a segunda epidemia em 1867, pois o menor número de vítimas fatais e um maior entrosamento entre as autoridades e os organismos de saúde, colaboraram para uma solução parcial dos problemas de saúde pública no país e na província do Rio Grande do Sul.

¹⁸¹ PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Falla dirigida á assembleia Legislativa da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul pelo presidente Dr. Francisco Ignacio Marcondes Homem de Mello em segunda sessão da 12ª legislatura*. Porto Alegre: Rio-Grandense, 1867. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/900/000029.html>>. Acesso em: 20 set. 2017. p. 30-32.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propus em meu trabalho fazer um panorama de como alguns setores da sociedade de Porto Alegre combateram o cólera durante sua epidemia em 1855 e fazer um paralelo com o mesmo ocorrido nas cidades de Belém, Rio de Janeiro e Recife. Tive diversos percalços, como a quase inexistência de fontes primárias e muito menos secundárias sobre assunto em Porto Alegre. A única tese encontrada por mim que fala sobre isso, *Males e Epidemias: Sofredores, governantes e curadores no Sul do Brasil*, também passou pelos mesmos problemas. Sua autora, Nikelen Witter, afirmou que ao fazê-lo, passou a questionar seu projeto de pesquisa, alterando-o diversas vezes, deixando de focar na população comum, e se voltando mais aos médicos acadêmicos e autoridades administrativas.

Também passei por isso, ao simplesmente quase deixar de lado o ponto de vista das camadas mais pobres e “invisíveis” durante o processo. Isto porque simplesmente não existiam fontes sobre o assunto. Não consegui saber o ponto de vista dos que sofriam a acusação de serem os responsáveis pela epidemia pelos acadêmicos. Tive que fazer um verdadeiro “catado” entre diversos documentos para poder fazer um pequeno panorama dos modos de higiene dos que viviam em Porto Alegre, suas buscas para curar a doença e impacto que a doença causou entre a sociedade. Quase todos estes documentos estavam sob uma visão “oficial”, que geralmente era um olhar de condenação e porque não, de desprezo aos hábitos, mas em conjunto com algumas fontes secundárias, como a tese de Witter, pude de certa forma, montar este “quebra-cabeça”.

Além deste problema de fontes, tive que lidar com o fato de que muitas delas se repetiam em argumentos, e este trabalho demonstra isso. Nikelen Witter, Onildo David e Jane Felipe Beltrão tiveram seus argumentos principais replicados em vários artigos pesquisados por mim.

Mas apesar destes percalços, consegui de certa forma mostrar como a população de Porto Alegre e do resto do país percebeu a doença, mostrando alguns pormenores do processo, como algumas formas de cura procuradas pela população, os manuais de medicina popular e diferenças entre as cidades que foram atingidas. Sobre este último ponto, é interessante notar como algumas questões locais influenciaram as decisões durante a epidemia, como a presença de uma floresta tropical (Belém), a existência de faculdades de medicina (Salvador e Rio de Janeiro) e revoltas populares (Recife). Nenhum destes elementos

esteve presente em Porto Alegre, uma cidade que não havia uma instituição acadêmica e não houve registros de revoltas.

A epidemia de cólera de 1855 foi a responsável pela consolidação das leis referentes a saúde pública, criadas em razão da epidemia de Febre Amarela em 1850. Assim como foi responsável pela mudança no panorama dos enterros no Brasil. Mas isto não foi fácil, pois teve que enfrentar uma série de Crenças, Tradições e Disputas. Crenças em relação aos modos de cura que a população buscava para combater seus males, por exemplo; Tradições em relação a uma série de hábitos arraigados que os acadêmicos queriam acabar, como os sepultamentos nas igrejas; e Disputas em relação às fêrras “batalhas” entre setores médicos acadêmicos, da administração política e da população comum, cada um defendendo seus interesses e modos de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Antônia Pires de. A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1057-1071, out./dez. 2011.

BARROSO, Vera Lúcia Maciel (Org.). *Africanos na Santa Casa de Porto Alegre: óbitos dos escravos sepultados no cemitério da santa casa (1850-1885)*. Porto Alegre: EST, 2007.

BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera: o flagelo da Belém do Grão-Pará*. Belém: Editora Universitária UFPA; Goeldi, 2004.

BELTRÃO, Jane Felipe. Cólera e Gentes de Cores ou o Acesso aos Socorros Públicos no Século XIX. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 257-282, 2004.

BITENCOURT, Daiane Brum. *Para sua saúde e vigor: práticas de cura e medicamentos populares em Porto Alegre (1776-1936)*. 2011. 154 f. Dissertação (mestrado em História, área de concentração em Arqueologia) – Programa de Pós-Graduação em História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BRASIL. *Decreto nº 598, de 14 de setembro de 1850*. Concede ao Ministerio do Imperio hum credito extraordinario de duzentos contos para ser exclusivamente despendido no começo de trabalhos, que tendão a melhorar o estado sanitario da Capital e de outras Povoações do Imperio. Brasília, 1850. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=64270&norma=80175>>. Acesso em: 16 set. 2017.

BRASIL. *Decreto nº 828, de 29 de setembro de 1851*. Manda executar o regulamento da Junta de Hygiene Publica. Brasília, 1851. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html>>. Acesso em: 16 set. 2017.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: Cortiços e epidemias na Corte imperial*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2006.

CHERNOVIZ, Pedro Luis Napoleão. *Diccionario de Medicina Popular*. Rio de Janeiro: J. Villeneuve, 1842. Grafia da época.

CÓLERA. 19 abr. 2011. Site Drauzio Varella. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/letras/c/colera/>>. Acesso em: 21 out. 2014.

CORBIN, Alain (Org.) *História do Corpo: Da Revolução à Grande Guerra*. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005. v. 2.

CORBIN, Alain. *Saberes e Odores: o olfato e o imaginário social nos séculos dezoito e dezenove*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1987.

CORRESPONDÊNCIAS da mesa administrativa da santa casa de porto alegre ao presidente da província. Fundo Assuntos Religiosos (AR), caixa 03, maço 05. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – AHRs, Porto Alegre.

CORRESPONDÊNCIAS da mesa administrativa da santa casa de rio grande ao presidente da província. Fundo Assuntos Religiosos (AR), caixa 02, maço 03. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – AHRs, Porto Alegre.

CORRESPONDÊNCIAS da mesa administrativa da santa casa de pelotas ao presidente da província. Fundo Assuntos Religiosos (AR), caixa 01, maço 02. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – AHRs, Porto Alegre.

COSTA, Telmo Cardoso. *Pequena História da Limpeza Pública na Cidade de Porto Alegre*. Porto Alegre: Departamento de Limpeza Urbana, Assessoria de Comunicação Social, 1983.

DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: a epidemia de cólera da Bahia em 1855-1856*. 1993. 177 f. Dissertação (mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 1993.

DELUMEAU, Jean. *História do Medo no Ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. (companhia de bolso).

DINIZ, Ariosvaldo da Silva. As artes de curar nos tempos do cólera: Recife, 1856. In: CHALHOUB, Sidney et al. (Orgs.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora UNICAMP, 2003.

DOCUMENTOS dos governantes e secretarias de governo. Caixa 16, maço 26. (Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – AHRs), Porto Alegre.

FARIAS, Rosilene Gomes. *O Khamsim do deserto: cólera e cotidiano no Recife (1856)*. 2007. 141 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular. *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 59-73, 2005.

FRANCO, Sebastião Pimentel; LIMANOGUEIRA, André Luís. Entre livros, lentes e miasmas: as teses médicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a epidemia de cólera (1855-1856). *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 67-87, jan./jun. 2016.

GIBROWSKI, Cristina. *A Trajetória de um monumento na paisagem urbana de Porto Alegre (1866-2013): de chafariz imperador para afluentes do Guaíba*. 2014. 125 f. Dissertação (mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História. Centro Universitário Unilassalle, Canoas, RS, 2014.

HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

IMAGEM do vibrião colérico, causador do Cólera. Enfermagem UEFS. 2015. Disponível em: <<http://enfermagemuefscolera.weebly.com/index.html>>. Acesso em: 27 maio 2015.

KODAMA, Kaori. Geografia da cólera: a corte e seus arredores durante a epidemia de 1855. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 26., 2011, São Paulo. *Anais...* São Paulo: ANPUH, jul. 2011.

KODAMA, Kaori. Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar. *História, Ciência, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 59-79, dez. 2012

LIVRO DE ÓBITOS N° 2 (22/03/1853-11/12/1855). CEDOP/SCMPA. Centro de documentação e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Transcrição.

LIVRO DE ÓBITOS N° 3 (11/12/1855-29/07/1858). CEDOP/SCMPA. Centro de documentação e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Transcrição.

LEWINSOHN, Rachel. *Três Epidemias: Lições do passado*. Campinas: Editora UNICAMP, 2003.

LIVRO DE ATAS DA MESA ADMINISTRATIVA N° 8, 1854-1859. CEDOP/SCMPA. Centro de documentação e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

MAPA de Porto Alegre em 1840. In: WIKIMEDIA FOUNDATION. Wikipédia: a enciclopédia livre. São Paulo, 14 ago. 2009. Disponível em: <<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Porto-alegre-1840.jpg>>. Acesso em: 17 ago.2017.

PRATA DE SOUZA, Jorge. A cólera, a tuberculose e a varíola: as doenças e seus corpos. In: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Marcia (Org.). *História do Corpo no Brasil*. São Paulo: UNESP, 2011. Cap. 8.

PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, João Lins Vieira Cansansão de Sinimbu, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 2 de outubro de 1854*. Porto Alegre: Mercantil, 1854. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/883/000034.html>>. Acesso em: 16 set. 2017.

PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório com que o vice-presidente Luis Alves Leite de Oliveira Bello entregou a presidência da província de São Pedro do Rio Grande do Sul ao senhor Barão de Muritiba – 26 de setembro de 1855*. Porto Alegre: Mercantil, 1855. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1059/000017.html>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul Barão de Muiitiba na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 1° de Outubro de 1855*. Porto Alegre: Mercantil, 1855. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/884/000003.html>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório com que o conselheiro Barão de Muritiba entregou a presidência da província de São Pedro de Rio Grande do Sul ao exm. Sr. Presidente e comandante das armas, conselheiro e general Jeronymo Francisco Coelho no dia 28 de Abril de 1856.* Porto Alegre: Mercantil, 1856. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1060/000009.html>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Jerônimo Francisco Coelho na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 15 de dezembro de 1856.* Porto Alegre: Mercantil, 1856. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/885/000097.html>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do vice-presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, o comendador Patrício Corrêa da Câmara na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 11 de outubro de 1857.* Porto Alegre: Mercantil, 1857. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/886/000045.html>>. Acesso em: 02 set. 2017.

PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório do presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Ângelo Muniz da Silva Ferraz apresentado a Assembleia Legislativa Provincial na 1ª Sessão da 8ª Legislatura.* Porto Alegre: Correio do Sul, 1858. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/887/000030.html>>. Acesso em: 02 set. 2017.

PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório apresentado a Assembleia Provincial de São Pedro de São Pedro do Rio Grande do Sul na 1ª sessão da 9ª legislatura pelo conselheiro Joaquim Antão Fernandes Leão.* Porto Alegre: Correio do Sul, 1860. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/890/000014.html>>. Acesso em: 09 set. 2017.

PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório apresentado pelo presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul Dr. Esperidião Eloy de Barros Pimentel na 2ª sessão da 10ª legislatura da Assembleia Provincial.* Porto Alegre: Correio do Sul, 1863. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/895/000023.html>>. Acesso em: 11 set. 2017.

PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório apresentado pelo presidente da província de São Pedro do Rio Grande do Sul Dr. Esperidião Eloy de Barros Pimentel na 1ª sessão da 11ª legislatura da Assembleia Provincial.* Porto Alegre: Correio do Sul, 1864. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/896/000113.html>>. Acesso em: 13 set. 2017.

PROVÍNCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL. *Falla dirigida á assembleia Legislativa da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul pelo presidente Dr. Francisco Ignacio Marcondes Homem de Mello em segunda sessão da 12ª legislatura.* Porto Alegre: Rio-Grandense, 1867. (Brazilian Government Documents). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/900/000029.html>>. Acesso em: 20 set. 2017.

REIS, João José. O cotidiano da morte no Brasil oitocentista. In: NOVAIS, Fernando; ALENCASTRO, Luiz Felipe de. (org.). *História da vida privada no Brasil: Império: a corte e a modernidade nacional*. Rio de Janeiro, Companhia das Letras, 2010. v. 2.

RÜCKERT, Fabiano Quadros. Os médicos e a higiene pública na imprensa do Rio Grande do Sul: entre a teoria dos miasmas e a teoria da transmissão hídrica das doenças. *História Unicap*, Recife, v. 1, n. 1, p. 74-90 jan./jun. 2014.

RÜCKERT, Fabiano Quadros. O problema das águas poluídas na cidade de Porto Alegre (1853-1928), *Diálogos - Revista do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História*, Maringá, v. 17, n. 3, set./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3055/305529845015.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2014.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. Higiene e higienismo entre o Império e a República. In: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Marcia (Org.). *História do Corpo no Brasil*. São Paulo: UNESP, 2011.

SANJAD, Nelson. Cólera e medicina ambiental no manuscrito “Cholera-morbus” (1833), de Antonio Correa de Lacerda (1777-1852). In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, set./dez. 2004, p. 587-618. Citado em PRATA DE SOUZA, Jorge. A cólera, a tuberculose e a varíola: as doenças e seus corpos. In: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Marcia (Org.). *História do Corpo no Brasil*. São Paulo: UNESP, 2011.

SANTOS FILHO, Lycurgo. *História da Medicina no Brasil (Do século XVI ao século XIX)*. São Paulo: Brasiliense, 1947.

SECRETARIA MUNICIPAL DA CULTURA, Coordenação de Memória Cultural. *Livro de registros das posturas municipais de 1829 a 1888*. Porto Alegre: Suliani Letra e Vida, 2013.

SILVA, Claiton Márcio da. A História Cultural: um diálogo entre Alain Corbin e Norbert Elias. *Fênix - História e Estudos Culturais*, Uberlândia, ano 9, v. 9, n. 1, jan./abr. 2012.

WITTER, Nikelen. Curar como Arte e Ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre Saúde, Doença e Cura. *Tempo*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 13-25, 2005.

WITTER, Nikelen Acosta. *Males e Epidemias: Sofredores, governantes e curadores no Sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. 2007. 292 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.